

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

SIMONE LOLATTO

**A INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL
FRENTE A SOLICITAÇÃO DO ABORTO**

Florianópolis – SC

2004

SIMONE LOLATTO

**A INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL
FRENTE A SOLICITAÇÃO DO ABORTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em Serviço Social – área de concentração Serviço Social Questão Social e Direitos Humanos.

ORIENTADORA: Dra. Teresa Kleba Lisboa

Florianópolis – SC, Dezembro de 2004

SIMONE LOLATTO

**A INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL
FRENTE A SOLICITAÇÃO DO ABORTO**

**Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título
de Mestre em Serviço Social – área de concentração Serviço Social
Questão Social e Direitos Humanos da Universidade Federal de
Santa Catarina.**

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Teresa Kleba Lisboa
Pós-Graduação em Serviço Social – UFSC
Presidente

Professora Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira
Departamento de Serviço Social - UFSC

Professora Dra. Luzinete Simões Minella
Departamento de Ciências Sociais - UFSC

Florianópolis – SC, Dezembro de 2004

**Esse momento reflexivo é dedicado a todas as mulheres
que se vêem como tal e que,
conscientes da condição feminina,
ousam sonhar e lutar para viverem num tempo em que
estejam superadas as desigualdades dessa
sociedade patriarcal, branca, heterossexual e capitalista.
Mulheres que transgridem a ordem instituída,
que reivindicam e
transformam reivindicações em direitos.**

AGRADECIMENTOS

- Agradeço à minha mãe e ao meu pai, agricultores até hoje, pelo esforço que sempre fizeram para que eu e meus irmãos estudássemos; pelos ensinamentos de justiça que nos passaram todos os dias; por compreenderem, acreditarem e impulsionarem nossas escolhas, por compartilharem o sofrimento que algumas dessas escolhas trouxeram e por viverem intensamente as alegrias das outras. Por tudo isso eu sou grata à minha grande mãe e ao meu grande pai.
- À minha irmã, mulher lutadora como tantas, que não esmorece nos obstáculos que encontra no caminho, que derruba-os e segue fortalecida, constrói seu cotidiano ensinando crianças a fazer a arte, estimulando a criação de mentes e corações amantes de solidariedade. É um exemplo de persistência.
- Ao meu irmão que está em busca de seus sonhos e dá os primeiros passos para a concretização de alguns. Tão cheio de planos e esperanças no futuro, ouvi-lo é uma espécie de tônico estimulante para continuar lutando por dias melhores.
- Ao amigo Ronald, tão dedicado ao socialismo. Acredita tanto que chega a ser chamado de utópico. Crê acima de tudo que um mundo livre de injustiças é completamente viável de ser construído, luta por isso todos os dias incansavelmente e, por isso sofre e é feliz! Nos momentos mais difíceis de elaboração deste trabalho, ele foi a pessoa que contribuiu decisivamente para que tudo não acabasse.
- À todas as professoras e professores do curso de mestrado em Serviço Social, especialmente à Professora Teresa, minha orientadora, tão competente e atenciosa, dedicou horas e horas de sua vida tão cheia de trabalho para contribuir com esse estudo. A dedicação, o zelo e o olhar atento foram decisivos para chegar até aqui. Sem sua orientação tenho certeza que não existiria essa dissertação.

- Às amigas Migue, Francis, Isadora, Angela, Akemi, Juliana, Janaína, Carmen, Janete, Ana Carla, Lelly, Esmerita e aos amigos André, Ghizoni, Paladini, Nanico, Volnei, Rui, Élvio, Renato e outras (os) que compreenderam os momentos de ausência e também contribuíram de diversas formas, em maior ou menor grau, em diferentes momentos, para que esse estudo tornasse-se realidade.
- Ao Marcos que demonstra todos os dias a imensa vontade em continuar uma vida debaixo do mesmo teto comigo – coisa difícil! Tem superado verdadeiras montanhas rochosas que se apresentam em seu caminho e, com tudo isso, ainda encontra forças para me estimular e não deixar que eu desista. Não precisa ser profundo conhecedor do que eu estudo e gosto, mas me orgulho muito de saber que é, também, um militante feminista. Contar com o Marcos é muito bom.

À todas e todos, sou imensamente grata e mais feliz.

AVISO DA LUA QUE MENSTRUA

Elisa Lucinda

Moço, cuidado com ela!
Há que se ter cautela com esta gente que menstrua...
Imagine uma cachoeira às avessas:
cada ato que faz, o corpo confessa.
Cuidado, moço
às vezes parece erva, parece hera
cuidado com essa gente que gera
essa gente que se metamorfoseia
metade legível, metade sereia.
Barriga cresce, explode humanidades
e ainda volta pro lugar que é o mesmo lugar
mas é outro lugar, aí é que está:
cada palavra dita, antes de dizer, homem,
reflita..
Sua boca maldita não sabe que cada
palavra é ingrediente
que vai cair no mesmo planeta panela.
Cuidado com cada letra que manda pra
ela!
Tá acostumada a viver por dentro,
transforma fato em elemento
a tudo refoga, ferve, frita
ainda sangra tudo no próximo mês.
Cuidado moço, quando cê pensa que
escapou
é que chegou a sua vez!
Porque sou muito sua amiga
é que tô falando na "vera"
conheço cada uma, além de ser uma
delas.
Você que saiu da fresta dela
delicada força quando voltar a ela.
Não vá sem ser convidado
ou sem os devidos cortejos..
Às vezes pela ponte de um beijo

já se alcança a "cidade secreta"
a Atlântida perdida.
Outras vezes várias metidas e mais se
afasta dela.
Cuidado, moço, por você ter uma cobra
entre as pernas
cai na condição de ser displicente
diante da própria serpente
Ela é uma cobra de avental
Não despreze a meditação doméstica
É da poeira do cotidiano
que a mulher extrai filosofando
cozinando, costurando e você chega
com a mão no bolso
julgando a arte do almoço: Eca!...
Você que não sabe onde está sua cueca?
Ah, meu cão desejado
tão preocupado em rosnar, ladrar e latir
então esquece de morder devagar
esquece de saber curtir, dividir.
E aí quando quer agredir
chama de vaca e galinha.
São duas dignas vizinhas do mundo
daqui!
O que você tem pra falar de vaca?
O que você tem eu vou dizer e não se
queixe:
VACA é sua mãe. De leite.
Vaca e galinha...
ora, não ofende. Enaltece, elogia:
comparando rainha com rainha
óvulo, ovo e leite
pensando que está agredindo
que tá falando palavrão imundo.
Tá, não, homem.
Tá citando o princípio do mundo!

RESUMO

A Dissertação apresenta a questão do Aborto compreendendo-o como um direito reprodutivo das mulheres. Entende que a manutenção da criminalização tem trazido fortes consequências no âmbito da saúde pública levando às mulheres os agravantes das mortes e morbidades maternas diante dos abortos clandestinos. Os principais atores sociais que estão diante do debate do aborto são de um lado a Igreja e os setores religiosos combatendo qualquer tipo de aborto em qualquer etapa da gravidez por qualquer que seja a justificativa, seu principal argumento consolida-se no direito à vida do feto; e, de outro lado estão os movimentos feministas que defendem a legalização completa e descriminalização do aborto tendo como principal argumento o direito reprodutivo, de livre escolha das mulheres em levar uma gravidez até o fim ou interrompê-la quando avaliarem necessário. Metodologicamente a pesquisa adotou a abordagem qualitativa, utilizando-se dos instrumentos de entrevista semi-estruturada e posterior análise de conteúdo das respostas obtidas. Foram entrevistadas Assistentes Sociais que trabalham em hospitais públicos da Grande Florianópolis entre os meses de novembro de 2003 e março de 2004. Esse estudo traz para o contexto do Serviço Social a polêmica questão do Aborto, tendo como objetivo central verificar os procedimentos interventivos e o entendimento das Assistentes Sociais frente a possível solicitação de um aborto por parte de usuárias de serviços públicos de saúde. Foi constatado que há uma grande lacuna nas políticas públicas de saúde quando surge a demanda do aborto para esses serviços e também constatou-se que as Assistentes Sociais entrevistadas carecem de maior preparação teórico, ética e política para atenderem a essa demanda, além disso as identidades pessoais, profissionais e institucionais inter cruzam-se constantemente durante o processo de intervenção.

Palavras chaves: Aborto, Assistente Social, Serviço Social, intervenção, ética, questão social, direito reprodutivo, políticas públicas de saúde.

ABSTRACT

This dissertation presents the issue of Abortion as a reproductive women right. It understands that the maintenance of abortion as a crime has brought hard consequences to public health in scope of taking to women the death aggravating and maternal morbidity submitting themselves to clandestine abortions. The main social actors that debates abortion are, by one side Church and religious sectors combating any kind of Abortion, at any stage of pregnancy, for any reason, their main argument is based on the right of fetus life; on the opposite side are the feminist movements defending the complete legalization and decriminalization of abortion having as main argument the reproductive right, women free will in taking pregnancy on or interrupting it when they evaluate necessary. Methodologically, the research adopted the qualitative approach made use of instruments of half-structured interview and subsequent analysis of the got answers content. Social workers from public hospitals in Florianopolis' metropolitan region between November 2003 and March 2004 were interviewed. This study brings to the context of Social Service the controversial abortion issue, having as its main goal to verify the intervention procedure and social workers comprehension face to a possible abortion request from public health service users. It was notified there is a great gap on public policies of health whenever appears a demand of abortion to these services it was also notified that the interviewed social workers need a better political, ethical and theoretical preparation, moreover the personal, professional and institutional identities are crossing each other constantly during the intervention process.

Key words: abortion, Social Worker, Social Service, Reproductive Right, Public Policies of health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO PRIMEIRO – ABORTO, UM DIREITO INDIVIDUAL? SUA RELAÇÃO ENTRE SOCIEDADE CIVIL, ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	21
1. Aborto – direito reprodutivo, o papel do Estado e da Sociedade Civil.....	21
1.1. Políticas Públicas de Saúde – o difícil exercício pleno do direito a saúde.....	30
1.2. Papel do Estado – gestor das políticas públicas orientado pela legislação.....	36
1.2.1. O Sistema Único de Saúde em tempos de neoliberalismo.....	39
1.2.2. O Estado no contexto da questão do aborto.....	43
1.3. Sociedade Civil – a Igreja e o Movimento Feminista como os principais representantes nos debates sobre Aborto.....	46
1.3.1. Defesa da Vida – ética e moral.....	47
1.3.2. As defesas e contradições no seio da Igreja.....	48
1.3.3. O Movimento Feminista – uma postura firme.....	50
1.4. Aborto: uma difícil decisão para as mulheres.....	52
2. Discursos e retóricas anti e pró-aborto.....	56
2.4. Retóricas ANTI-ABORTO.....	57
2.5. Retóricas PRÓ-ABORTO	60
CAPÍTULO SEGUNDO - O SERVIÇO SOCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO À QUESTÃO DO ABORTO....	65
1. Caracterização do perfil pessoal das entrevistadas.....	65
2. A Assistente Social enfrentando a questão do aborto.....	70
2.1. Riscos do aborto clandestino e a necessária legalização ampliada.....	76
2.2. Garantir direitos é possível?.....	81
2.3. Aborto – a contradição entre o direito formal e o direito almejado.....	83
2.4. A importância do trabalho multiprofissional.....	88
2.5. Ausência de políticas públicas na área da saúde para freqüente demanda de abortos	90
2.6. Instrumentos utilizados pelas Assistentes Sociais frente a demanda do aborto.....	92
2.7. A questão do aborto e da ética profissional segundo as entrevistadas.....	96
3. Os valores, a moral e os princípios sócio-culturais como determinantes na formação profissional do Assistente Social.....	101
4. ABORTO – as múltiplas determinações de uma demanda que envolve a questão da ética para o Serviço Social.....	105
5. A Assistente Social e o processo antagônico de construção de identidade: articulando as identidades pessoal, profissional e institucional.....	111
5.1. O Objeto do Serviço Social e a questão social.....	117
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	122
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	128
APÊNDICE 1.....	133
APÊNDICE 2.....	136

INTRODUÇÃO

Trabalhar a questão do aborto é sempre desafiante, pois constitui-se um tema polêmico, os debates são atuais e, dificilmente chega-se a um consenso. Ou como afirma Moraes (1996, p. 152), trata-se de “um direito cuja reivindicação nunca deixará de ser contestada”.

Fazer a opção em desenvolver uma pesquisa relacionando a intervenção do profissional de Serviço Social com o aborto é consequência de inquietudes que venho amadurecendo desde o período da graduação. Ao fazer o estágio obrigatório no Escritório Sócio-Jurídico, onde estudantes dos cursos de Serviço Social e de Direito, sob a observação de professores supervisores de ambos os cursos, atendiam e encaminhavam as solicitações da população de baixa renda que giravam, em grande parte, em torno de conflitos familiares, sensibilizou-me a grande demanda de mulheres que chegavam na instituição buscando orientações sobre a separação conjugal e seus direitos quando sofriam agressões físicas e/ou ameaças do companheiro. Tendo em vista essa significativa demanda, desenvolvi meu Trabalho de Conclusão de Curso com o tema: “Relações de Gênero – a problemática da violência contra a mulher no espaço doméstico”.

Concluída essa fase de graduação, já com alguns conhecimentos sobre a trajetória de lutas das mulheres intensifiquei minha participação em seminários, debates e busquei acumular leituras acerca das questões de gênero; além disso, a militância política e o envolvimento com o movimento feminista, foram muito importantes para que, no curso de especialização em Políticas Públicas, viesse a desenvolver a Monografia sobre a temática da saúde da mulher, intitulada: “Saúde Reprodutiva da Mulher – as políticas públicas de saúde influenciando a vida das mulheres”. Para tanto, desenvolvi uma pesquisa com 50 usuárias dos serviços de Ginecologia e Obstetrícia de um Posto de Saúde Pública. Uma das questões da entrevista era: “Alguma vez você já fez aborto?” e, das 50 entrevistadas, 17 disseram que “Sim”. Mesmo que 12 delas tenham afirmado que foi espontâneo e

apenas 05 disseram que tinham provocado-o, a explicação que davam era de que “não tinham outra opção” (tanto as que provocaram como aquelas que disseram ter sido espontâneo).

Ao final da produção da Monografia do curso de especialização, já estava cursando o Mestrado em Serviço Social. Através da reflexão estabelecida no processo de orientação, explicitiei minha vontade em continuar desenvolvendo pesquisas que envolvessem a saúde reprodutiva da mulher. Como é bastante ampla, pensei que, com base na pesquisa anterior, poderia relacionar a polêmica questão do aborto e tê-lo legalizado como um direito reprodutivo da mulher com a intervenção do profissional de Serviço Social frente a solicitação, por parte de usuárias, de abortos ainda ilegais.

A escolha do tema tornou-se um desafio para a construção desse estudo, pois as assistentes sociais não têm sistematizado seu trabalho junto a questão do aborto, uma vez que, são muitos os determinantes e as conseqüências do fato de a mulher fazer ou não o aborto. As conseqüências são de ordem individual (para a mulher enquanto indivíduo) e coletivas (para as mulheres enquanto parte da sociedade). Entre os principais determinantes podemos citar os aspectos sócio-culturais e os legais.

No que se refere ao aspecto legal - no Brasil o aborto é “permitido” somente em dois casos previstos no Código Penal, aprovado em 1940, em seu Artigo 128: 1. quando a gravidez é resultante de violência sexual e, 2. quando a gravidez impõe risco de vida para a gestante. Também é autorizado judicialmente o aborto nos casos em que o feto apresente anomalias incompatíveis com a vida depois do nascimento. Mesmo tendo essas possibilidades de aborto legal, é muito grande o número de mulheres que praticam aborto clandestino, pois elas optam por fazê-lo quando àquela gravidez é indesejada. Nesses casos estão, geralmente, presentes as dificuldades econômicas, a quantidade de filhos, a situação conjugal, o momento profissional, etc.

Os abortos clandestinos são uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna, causando danos para a saúde física e mental das mulheres e muitas mortes. Estes abortos são

realizados tanto em clínicas bem equipadas, com profissionais capacitados, com bons níveis cépticos, onde cobram um valor bastante alto de suas pacientes ou em clínicas escondidas – clandestinas -, sem equipamentos adequados, utilizando objetos para provocar o aborto, e baixo nível de higiene. Ainda existem os casos, freqüentes, das mulheres que tentam provocar o aborto em casa, ou na casa de amigas, com objetos (agulhas de tricô, crochê, cabides), chás de ervas amargas, ou até mesmo, com drogas/comprimidos adquiridos no “mercado clandestino”.

Uma das conseqüências do aborto clandestino é que a questão pode ser considerada um grave problema de saúde pública, tendo em vista as dimensões que causam para a nossa sociedade. A IV Conferência Mundial sobre Mulher, realizada em Pequim no ano de 1995, em sua Plataforma de Ação, afirma que todos os governos devem reforçar seus compromissos com a saúde da mulher, buscando de diversas formas reduzir os abortos inseguros, pois esses têm um grande impacto sobre a saúde pública; devem melhorar os serviços de planejamento familiar, buscando propiciar para as mulheres gestações desejosas e que tenham pronto acesso a informações confiáveis. Nas situações onde o aborto não contrarie as leis vigentes, eles devem ser seguros. Mas em todos os casos de aborto, “as mulheres devem ter acesso a serviços de qualidade para o tratamento de complicações resultantes do aborto”. Orienta, também, a “considerar a revisão de leis contendo medidas punitivas contra mulheres que tenham feito abortos ilegais”. (Plataforma de Ação, § 106-k).

Em relação aos determinantes sócio-culturais, mesclam-se os valores e conhecimento popular, passados de geração para geração de mulheres e homens, reaprendidas constantemente. Existem, também, as instituições como a Igreja (a mais influente) que, hegemonicamente, se posiciona contrária a qualquer tipo de aborto em qualquer estágio da gravidez. É a força social de maior influência, organizando vários outros grupos sociais em posição e campanhas, pretensamente, em defesa da vida (do feto).

Os movimentos feministas, por outro lado, são os principais defensores da legalização do aborto, propiciam debates e campanhas. Neste sentido, trabalham em defesa da vida (da mulher)

buscando conscientizar a sociedade como um todo acerca dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, bem como dos perigos decorrentes dos abortos clandestinos.

Diante desse contexto, lançamos a seguinte problemática para a pesquisa: onde se insere a postura de um profissional do Serviço Social frente à questão do aborto (legal e/ou ilegal)? Que tipo de intervenção profissional é desenvolvida pela(o) Assistente Social?

Pontes, (2002, p. 182), afirma que a realidade do Serviço Social se distingue das demais profissões por ter uma ação multifacetada “em face das refrações das questões sociais”, afirma, no entanto que, “(...) este traço característico não necessariamente se constitui num traço negativo ou limitante em si do exercício profissional, por que o assistente social atua num campo onde convergem formas plurais de necessidades sociais (...)”.

Em meio a essas necessidades sociais poderá surgir, em seu trabalho, a situação envolvendo o aborto. E, neste momento, uma série de fatores poderão influenciar a intervenção do Assistente Social diante deste contexto. Dentre esses fatores, podem ser citados: a ética, os valores, a formação sócio-cultural, a sua passagem pelo curso universitário, a sua visão acerca da moral, a sua leitura e utilização do código de ética, os preceitos da instituição em que exerce a profissão, e vários outros. O mais importante a ser ressaltado é que a sua intervenção não estará descolada da própria construção sócio-cultural do seu ser sujeito enquanto pessoa e de sua postura ético-política enquanto profissional.

Assim, compreende-se que na práxis profissional perpassam, a todo momento, questões relativas a ética, a moral, a liberdade, os valores, próprios da construção social do indivíduo; e, ao mesmo tempo, existe o Código de Ética Profissional do Assistente Social, que possui um claro comprometimento com um projeto de sociedade diferente desta sociedade capitalista, em sua fase neo-liberal, conforme afirma Barroco:

“(...) O Código trata de dimensão prático-operativa, tendo por eixo a defesa e a universalização dos direitos sociais e de mecanismos democráticos de regulação social. São precisamente estes os elementos centrais da ofensiva conservadora que,

sob a elástica denominação de neoliberalismo, busca uma nova legitimação para a dinâmica do capitalismo tardio (...)” (BARROCO, 2001, p. 205).

Desta forma, tendo como norte esse importante instrumento (o Código de Ética de 1993), comprometido com os valores ético-políticos emancipatórios, relacionados à conquista da liberdade em seu sentido ontológico, as ações do Assistente Social podem estar voltadas para a busca de alternativas viáveis frente às situações em que estão presentes a necessidade de garantir direitos, como a liberdade e o exercício da cidadania do usuário, sem perder de vista seu posicionamento ético frente ao Código de sua profissão.

Na ação profissional, segundo o Código, “a ética deve ter como suporte uma ontologia do ser social: os valores são determinações da prática social, resultantes da atividade criadora tipificada no processo de trabalho (...) que o ser social se constitui, se instaura como distinto do ser natural, dispondo de capacidade teleológica, projetiva, consciente (...)” (CFESS, 1993, p. 10).

Com isso, constata-se que tanto o usuário como o Assistente Social têm suas vivências influenciadas por questões culturais, econômicas, valores, formação da identidade, dentre outras, que compõem o “*ser*” humano. O Assistente Social também é um ser socialmente construído e, conseqüentemente, com orientações e opções ídeo-políticas, que estão permeando o seu fazer profissional. Portanto, é fundamental, tanto para a práxis cotidiana, como para o desenvolvimento deste estudo, jamais perder de vista a observação das múltiplas determinações – da totalidade social – que envolve as mais “particulares” problemáticas trazidas ao Assistente Social, bem como sua intervenção.

Desta maneira, retomando nosso questionamento sobre a intervenção do Assistente Social nas questões pertinentes ao aborto, uma das pretensões desta pesquisa foi conhecer como se dá a intervenção profissional frente à questão do aborto. Os Assistentes Sociais podem ser localizados, por exemplo, nos serviços de saúde, principalmente hospitais e maternidades públicos, eventualmente, em clínicas médicas particulares. Nestes locais, as profissionais do Serviço Social, foram entrevistadas

para sabermos de suas concepções, seus valores, seus posicionamentos e suas intervenções no momento em que uma cidadã chega até ela, e lhe diz: “moça, preciso tirar essa criança”, “preciso fazer esse aborto”. Que reflexão é realizada neste momento entre Assistente Social e usuária? Que encaminhamento lhe fornece? Essa profissional possui todas as informações necessárias? E quais são suas alternativas, o que apresentar para a mulher que “precisa”/quer abortar? Como e para onde vai a usuária depois de questionar a Assistente Social e pedir sua “ajuda”?

Nossa pesquisa adentrou nesta questão polêmica: “O aborto como um direito reprodutivo e o Assistente Social como um agente garantidor de direitos”, uma vez que, segundo o estudo desenvolvido por Vasconcelos, é levantado que o...

“Serviço Social, até este momento, é o único serviço de nível superior na saúde ao qual os usuários têm acesso livremente. (...) Há que se pensar em alternativas que produzam respostas favoráveis aos usuários, não no sentido da ‘resposta individual a cada caso’, mas de respostas que revertam em ações sobre a rotina institucional, beneficiando os usuários no seu conjunto”. (VASCONCELOS, 2002, p. 285).

A contraditória realidade do trabalho do assistente social nos faz pensar: como esse profissional atua, quando por um lado acredita que a mulher tem direitos sobre o seu corpo e sua vida e, por outro lado, o aborto é proibido? Sendo legalizado, podendo ser feito de forma segura, num ambiente hospitalar com recursos necessários, em apenas 03 situações. E aqueles casos que não se enquadram nos amparados pelo Código Penal, como aquelas mulheres que não foram estupradas, mas afirmam necessitar fazer o aborto? O direito delas está restrito ao Código Penal ou elas possuem realmente a liberdade feminina, tão propagada, possuem o direito de decidirem e escolherem? Até onde o assistente social pode garantir direitos? Como? Esses são alguns questionamentos que almejamos, no mínimo, estabelecer uma boa reflexão com a análise dos resultados da pesquisa.

Para conseguir respostas a tais questionamentos foi traçado como objetivo deste trabalho analisar a intervenção profissional do Assistente Social frente à possível solicitação do aborto pelas mulheres usuárias dos serviços de saúde em hospitais e maternidades da rede pública de saúde da Grande Florianópolis.

A complexidade que envolve o debate relacionado ao aborto, fizeram desta uma pesquisa baseada na metodologia qualitativa, tendo em vista que, conforme argumenta Minayo (1994, p. 21 - 22), a pesquisa qualitativa preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ela trabalha com o universo de significados, motivos, buscas, crenças, valores e atitudes correspondentes ao espaço das relações, processos e fenômenos que não se reduzem à operacionalização de variáveis. O que difere o quantitativo do qualitativo é que, enquanto o primeiro apreende os fenômenos apenas na região do visível e concreto, “a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”. Mas alerta que:

“O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia. Essas afirmações aqui colocadas, no entanto, não são pacíficas. Elas correspondem a uma postura teórica que se opõem a outras correntes de pensamento como, por exemplo, a positivista.” (MINAYO, 1994, p. 22)

Durante a pesquisa foram utilizadas as técnicas da entrevista semi-estruturada e a análise de conteúdo.

Lakatos & Marconi (2003, p. 195 e 196), consideram a entrevista um dos melhores instrumentos da investigação social, consistindo em um (ou mais) encontro entre duas pessoas, com o objetivo de obter informações seguras sobre determinado assunto.

Optou-se pela entrevista¹ semi-estruturada, tendo em vista que, ela possibilita: a elaboração de um roteiro que permite ao pesquisador fazer perguntas adicionais a fim de esclarecer questões que não ficaram claras com as respostas. Desta forma, o entrevistador possui uma participação mais ativa na pesquisa: “Apesar de observar um roteiro, o entrevistador pode fazer perguntas adicionais para elucidar questões ou ajudar a recompor o contexto” (COLOGNESE e MÉLO, 1998, p. 144).

¹ Para ter acesso às possibilidades e limitações da entrevista como técnica de pesquisa, recorrer à LAKATOS & MARCONI, 2003, p. 198 e também GIL, 1999, p. 118 e 119.

Para trabalhar com os dados obtidos através das entrevistas utilizou-se a análise de conteúdo, buscando ultrapassar incertezas (caso ocorressem) e enriquecer a leitura das informações obtidas nas entrevistas. Segundo Pereira (1998, p. 94) a análise de conteúdo permite “descobrir conteúdos e estruturas das mensagens e esclarecer elementos de significações de mecanismos não imediatamente perceptíveis”. Para a sua aplicação como técnica de pesquisa, a análise de conteúdo deve observar três momentos: “a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e das interpretações” (idem, p. 105). Para a autora,

“a análise de conteúdo não é, em si mesma, o instrumento de generalização dos dados (...), mas permite, através da inferência², auxiliar no tratamento dos dados, visando a construir afirmações que sejam universalmente válidas sobre as relações entre as variáveis. (...). Esse é um procedimento intermediário que permite a passagem de uma etapa à outra” (PEREIRA, 1998, p. 103).

A principal característica da análise de conteúdo “é a de realizar uma descrição analítica, sistemática, com objetividade científica, propiciar a compreensão qualitativa dos conteúdos das mensagens” (idem, p. 94).

Estabelecido seu objetivo e metodologia, a pesquisa desenvolvida se dispôs a conhecer a complexidade que envolve a intervenção das Assistentes Sociais que trabalham em estabelecimentos de saúde da região da Grande Florianópolis e que já passaram ou podem passar pela situação de usuárias desses serviços solicitarem a essa profissional algum auxílio, algum caminho, para fazerem o aborto de uma gravidez não desejada.

Assim, o processo de pesquisa empírica, orientou-se a partir dos seguintes passos:

1. foi enviado ao CRESS-SC uma solicitação (Apêndice 01) dos estabelecimentos de saúde (públicos e privados) da região da Grande Florianópolis que tinham no quadro funcional o Assistente Social;
2. foi obtido através do CRESS-SC a lista dos estabelecimentos de saúde (públicos e privados) da região da Grande Florianópolis que tinham em quadro funcional o Assistente Social;

² A inferência é, no entendimento de Pereira (1998, p. 103), o significado atribuído às características das mensagens obtidas através das entrevistas.

3. posteriormente entrou-se em contato com as Assistentes Sociais desses estabelecimentos para consultar sobre o interesse e a possibilidade de receber a pesquisadora e ceder a entrevista;
4. em seguida foram agendadas as visitas, com aquelas Assistentes Sociais que aceitaram, a fim de realizar as entrevistas, seguindo um roteiro pré-elaborado contendo questões específicas sobre o tema da pesquisa;
5. o próximo passo foi tabular as entrevistas e o conteúdo das informações obtidas;
6. a partir da organização das informações obtidas, as respostas das Assistentes Sociais, foram analisadas;
7. paralelamente à pesquisa empírica se desenvolveu o estudo bibliográfico visando a maior fundamentação teórica da referida pesquisa.

No momento da pesquisa havia um total de 58 profissionais que trabalham no atendimento de usuários nos serviços públicos. Foram entrevistadas 10 assistentes sociais em hospitais públicos nas cidades de Florianópolis e São José. Esses hospitais fazem o atendimento pelo SUS, mas também possuem convênios com planos privados de saúde, todos possuem a emergência ou pronto socorro e alguns trabalham com especificidades (maternidade, infantil ou outras).

As entrevistas foram gravadas, todas com autorização prévia das entrevistadas e, conforme seguia a aplicação do roteiro também eram feitas anotações das respostas; logo após cada entrevista uma série de anotações sobre as “impressões” da pesquisadora em relação às respostas e falas, que extrapolavam o roteiro de entrevista, também foram registradas. Em virtude de todas as entrevistadas serem mulheres justifica que, a partir de agora, nesse trabalho, será utilizada a terminologia feminina para se referir à pesquisa e/ou os profissionais do Serviço Social.

Algumas dificuldades foram encontradas no percurso da pesquisa e que, de certa forma, limitaram o número de entrevistas. Uma das dificuldades foi a aceitação e o consentimento de assistentes sociais que trabalham em estabelecimentos públicos de saúde. Seis delas não aceitaram ser entrevistadas. Ao tentar agendar a entrevista, era explicitado o assunto “a intervenção da assistente

social frente a solicitação de informações sobre aborto”, e uma série de impeditivos eram apresentados pelas possíveis entrevistadas. Questões como: “aborto não se discute, só é permitido em duas situações”; “esses casos não atendemos”; “não é de bom tom falar sobre a privacidade das pessoas”; “nessa unidade de saúde não temos atendimento para questões de aborto”; “não é ético tratar de abortos aqui, em Florianópolis só o Hospital Universitário atende”; “nunca passei por essa situação e não tenho nada para dizer sobre ela”; “aqui estimulamos a vida e não a morte, não posso dar esse tipo de entrevista”.

Outro desafio foi encontrar as Assistentes Sociais em clínicas médicas particulares: o que se constatou foi a ausência do profissional de Serviço Social nos estabelecimentos de saúde da iniciativa privada. O trabalho da assistente social na área da saúde está, praticamente, restrito aos serviços públicos. Esse fator, aliado ao anterior (negação da entrevista por 06 assistentes sociais), justifica o baixo número de entrevistas alcançadas – apenas 10.

Apesar dessas dificuldades o trabalho que agora se apresenta foi fruto de um estudo sério com vistas a alcançar uma nova produção científica para o Serviço Social. Não se tem a pretensão de abarcar a totalidade de questões que envolvem a situação do aborto mas, com humildade, essa dissertação, de tema ainda pouco explorado no Serviço Social brasileiro, pode ser o ponto de partida para novas produções tão necessárias para a profissão.

Dessa forma, a dissertação está dividida em dois capítulos, no primeiro apresentaremos uma reflexão teórica sobre as mais diferentes situações e complexidades presentes no contexto do aborto. Serão abordadas, as concepções do Estado e da Sociedade Civil em relação as políticas públicas de saúde e, ainda serão expostas as argumentações dos segmentos sociais anti e pró-aborto.

No segundo capítulo o foco desse trabalho volta-se para seu objeto central: o espaço em que o Serviço Social atua e, nele, a intervenção da assistente social frente a questão do aborto.

CAPÍTULO PRIMEIRO – ABORTO, UM DIREITO INDIVIDUAL? SUA RELAÇÃO ENTRE O ESTADO, A SOCIEDADE CIVIL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Neste capítulo serão considerados três aspectos para a reflexão: o primeiro, discutirá, algumas categorias consideradas centrais nesse estudo, que nortearam a pesquisa e a sua posterior análise; em seu primeiro item serão discutidos o papel do Estado e da Sociedade Civil, estabelecendo a reflexão acerca das políticas públicas de saúde, visando fazer a relação do aborto como um direito reprodutivo no contexto sócio-político brasileiro. O foco do segundo momento deste capítulo serão os discursos e retóricas anti-aborto e pró-opção, buscando trazer os principais argumentos tanto dos segmentos que são contra como dos que são defensores da descriminalização e legalização completa do aborto.

1. Aborto – direito reprodutivo, o papel do Estado e da Sociedade Civil

Segundo Oliveira (1995, p. 13), por *aborto* podemos compreender o “produto eliminado da cavidade uterina ou abortado e o termo *abortamento* refere-se ao processo que envolve a interrupção da gravidez propriamente dita”. Um aborto é admitido, pela categoria médica, antes da 28ª semana da gestação - antes do feto estar suficientemente desenvolvido para sobreviver; a partir da 28ª semana, admite-se que o feto possui condições de vida.

O aborto é uma das questões que está diretamente ligada à posição da mulher na sociedade, com as relações de gênero e, sobretudo, com o seu papel em relação à procriação.

A partir deste entendimento, a criminalização do aborto relaciona-se com a estrutura social patriarcal – de uma sociedade que privou as mulheres de exercerem completa, livre e conscientemente sua liberdade. Tendo convicção que a opressão sobre a mulher é histórica e a

limitação ou criminalização do aborto está incorporada nesse cenário opressivo, este trabalho incorpora a perspectiva de *gênero*; através dela poderemos “discutir o ser mulher e o ser homem como construções sociais, políticas e ideológicas e, ao mesmo tempo, expressar rejeição à idéia do destino, do determinismo biológico da condição feminina e do ‘natural’ papel da mulher nos espaços público e privado” (LOLATTO, 2003, p. 12).

Desta forma, conforme Lisboa (2003, p. 19), a categoria *gênero* “põe em crise a legitimidade do mundo patriarcal”, exigindo uma nova concepção de mundo, de valores e modos de vida. Segundo a autora,

“a categoria gênero é uma categoria relacional que busca explicar a construção de um tipo de diferença entre os seres humanos e não pode ser reduzida a mulher. Gênero é mais que uma categoria, é uma teoria ampla que abrange hipóteses, interpretações, categorias e conhecimentos relativos ao conjunto de fenômenos históricos construídos em torno do sexo. (...) Assim, o gênero é uma construção simbólica e contém o conjunto de atributos designados às pessoas a partir do sexo. O gênero está assentado no corpo histórico de cada pessoa” (LISBOA, 2003, p. 19 / 20).

Os avanços conquistados pelos movimentos feministas são reflexos, também, desses debates e da compreensão de gênero, que não restringe ou culpa homens, mas que compreende o significado histórico da opressão patriarcal sobre as mulheres. Inúmeros são os exemplos desses debates, entretanto para o nosso estudo, temos as Conferências sobre Direitos Humanos, em Viena – 1993, a Conferência de População, no Cairo em 1994 e a Conferência sobre Mulher em Pequim, 1995, que deram um novo impulso para as discussões relacionadas aos direitos das mulheres em todo o mundo.

Por outro lado, apesar de todas as conquistas, ainda é negado às mulheres o acesso a serviços seguros de interrupção da gravidez, fator que tem contribuído decisivamente para que um significativo número de mulheres continuem morrendo todos os anos e deixando outras milhares com sérias conseqüências de saúde física e psicológica em virtude da prática comum do aborto inseguro e clandestino. Faz parte do amadurecimento e avanços da sociedade frente a emancipação feminina a descriminalização e legalização completa (em todas as situações e não apenas em alguns casos) do

aborto. Os atores sociais que buscam e lutam pela legalização completa do aborto (encaram-no como e) pretendem torná-lo um direito reprodutivo.

Pelo fato de muitas mulheres viverem com alegria e responsabilidade a maternidade, sentirem prazer e a desejarem, não significa que todas deverão aceitar pacificamente todas as gestações, partos e filhos. Ou seja, a maternidade pode tornar-se, para uma parcela de mulheres que não desejam filhos, uma forma de opressão e submissão das mulheres.

A opção por ter um filho está associada ao controle da maternidade e, neste sentido os movimentos feministas depreenderam longas e intensas campanhas pelos direitos reprodutivos e sexuais, incluindo o controle pelas mulheres de seus próprios corpos. Assim, a partir do momento em que a mulher pôde controlar a sua maternidade, ocorreu um avanço significativo em direção a sua emancipação, foi possível encarar o mundo de forma mais livre e também mais responsável. Controlar a maternidade não significa não querê-la, ao contrário, significa, ter o direito de optar por ela. Esse direito, segundo Carneiro (1996, p. 114), esteve e permanece presente nas reivindicações feministas das últimas três décadas, “tanto nos discursos de recusa a uma procriação compulsória e soterradora da mulher como pessoa, quanto nas reivindicações em favor da contracepção ou do abortamento”. Essa mesma autora defende a maternidade “como uma possibilidade da mulher diante de um desejo verdadeiro seu”.

A grande questão que, de certa forma, fez com que essa defesa se invertesse, foi que ela surgiu num contexto onde estava se consolidando o pensamento médico e os “poderes científicos e tecnológicos exercidos na intervenção da fertilidade”. Com isso a interferência das Novas Tecnologias Reprodutivas e Conceptivas – NTRc – onde, a mulher conseguiu controlar a sua fertilidades através dos contraceptivos e, ao mesmo tempo, a indústria farmacêutica desenvolveu tais produtos e lucrou muito para atender esta demanda. Nesse sentido, a decisão das mulheres sobre o próprio corpo, muitas vezes, é delimitada pelo “mercado” da área. Segundo Oliveira (1996, p. 194), “(...) os controles de natalidade, os mercantilistas do aborto clandestino e os fertilizadores de proveta sabem delimitar com

precisão a vontade, ou não, de procriar das mulheres, em determinado momento da vida”. Tal qual o processo do controle da fertilidade, o mesmo ocorreu com as NTRc:

“Há uma demanda para estas tecnologias. A diferença aqui é que os esterileutas sabem que este é um mercado restrito, embora nada desprezível, e vivem de manipular esse desejo, e para tanto precisam criar novas necessidades, abrem novos mercados e tentam consolidá-los e ampliá-los, a qualquer custo”. (OLIVEIRA, 1996, P. 194).

Portanto controlar a fecundidade foi um grande avanço para as mulheres e significativamente lucrativo para a indústria de medicamentos, “(...) é até possível dizermos que no caso dos contraceptivos houve um encontro do desejo das mulheres de controlar a sua fertilidade e o da indústria farmacêutica de desenvolver os produtos para atender a este mercado”. (OLIVEIRA, 1996, p. 194).

Na opinião de Imrana Qadeer (2000, p. 25), na segunda metade do século XX os programas de planejamento familiar, de iniciativa governamental, foram um dos instrumentos mais importantes de controle sexual e reprodutivo. A regulação da fertilidade, sentida pela sociedade civil, foi gradativamente secundarizada por esses programas oficiais. A demográfica constituiu-se como a disciplina que se apropriou da área de estudos da população.

“Diferentemente do Estado e das idéias dominantes na sociedade, as mulheres se interessavam pela auto-regulação de sua fertilidade e pela saúde reprodutiva. Seu jovem movimento integrou esses interesses à problemática dos direitos da mulher, questionando o papel social e a imagem dominante da mulher” (QADEER, 2000, p. 25).

Na década de 1980 o PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – foi a estratégia utilizada pelas mulheres para fazer o Estado assumir o planejamento familiar num contexto amplo de atendimento à saúde em todas as fases do ciclo reprodutivo feminino.

Em 1992, durante a Eco-92, novamente vem a tona o discurso do controle populacional e a necessidade de intervenção na reprodução. As mulheres participaram ativamente desses debates com o tema “nosso corpo nos pertence”, fazendo abertamente a discussão sobre a maternidade voluntária, meios contraceptivos e o direito ao aborto. Com sua organização conseguiram aprovar no Tratado sobre População, Meio Ambiente e Desenvolvimento, firmado por milhares de

organizações presentes, o seguinte enunciado: “o direito das mulheres de controlar suas escolhas de vida é a base e o fundamento de toda e qualquer ação referente à população, meio ambiente e desenvolvimento” (CORRAL, 1996, p. 108).

Nesta discussão acerca da reprodução feminina e população, Arilha (1996, p. 200) compreende que a partir do momento em que a mulher se insere socialmente no espaço público, através do trabalho e necessita controlar a reprodução, as taxas de fecundidade começaram a diminuir. Além das recomendações e campanhas feitas pelos governos, “preocupados” com a superpopulação do mundo, as mulheres, também, vêm optando por terem menos filhos por vários motivos: questões de saúde, viabilidade financeira própria e para os filhos, ausência do pai na criação das crianças, além da inquietação com o futuro da sociedade – as condições em que irão crescer e viver os filhos.

Entretanto, mesmo considerando esses elementos: “o contexto de redução das taxas de fecundidade no país, e as mudanças de significado pelas quais vem passando atualmente o ato de ter filhos (...)” (ARILHA, 1996, p. 201), a maioria das mulheres continuam incluindo em seu projeto de vida a maternidade. Optam por ter menos filhos, têm mais tarde, depois de uma possível estabilidade financeira e razoável grau de escolaridade, escolhem criá-los de formas diferentes, porém, “raras são as mulheres que afirmam que não incluirão a maternidade como uma etapa de suas vidas”. (idem, ibidem).

Assim a maternidade (e a paternidade), deve ser entendida e defendida quando desejosa, no exercício de um direito, compreendida, desta forma, como uma função social, uma “condição *sine qua non* para a construção de uma sociedade baseada no reconhecimento do valor do trabalho e do respeito à coletividade. É fundamental garantir, portanto, que a opção pela maternidade (...)” seja voluntária (MORAES, 1996, p. 158), implicando no direito ao planejamento familiar e ao aborto. Para Oliveira, (1996, p. 194) o direito de ter filhos é tão legítimo quanto o direito de não tê-los e, no caso de uma gravidez não desejada o direito de abortar. A concretização do desejo de ter filhos

pode fazer com que a mulher sinta-se mais satisfeita consigo mesmo, e a defesa deste direito faz parte da defesa dos direitos reprodutivos, incorporando o controle do próprio corpo.

A partir do momento em que a mulher pode controlar o seu corpo, ela é colocada numa posição completamente diferente perante a sociedade. E, esta é uma das questões que se faz presente com a descriminalização, gerando maior liberdade para a mulher, capacidade de controlar o seu corpo e de decidir por ter ou não um filho em determinado momento de sua vida. O desejo em ter filhos e viver a maternidade em plenitude é tão justo quanto o direito ter a necessidade do aborto atendida.

A necessidade da liberdade reprodutiva, debatida em seminários, encontros, congressos, etc..., ainda encontra muitos entraves. Por mais que a mulher tenha “garantido” sua liberdade reprodutiva e sexual, a sociedade lhe proíbe a prática do aborto em uma gravidez não desejada. Percebe-se assim que o grande espaço de buscas está, não na esfera do Estado, mas na esfera da sociedade civil. É, pois, no espaço da sociedade que deve ser reconhecido o direito sobre as gestações: a dar-lhes continuidade, com a devida proteção para a mulher e o seu feto; ou a interrompê-las quando houver impedimentos objetivos ou subjetivos para o exercício da maternidade. As decisões sobre a continuidade da própria gravidez são decisões éticas pessoais que são tomadas levando em conta o conjunto da situação e avaliação racional e afetiva do poder e desejo em assumir a responsabilidade de gestar / criar um filho.

Segundo a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento os direitos reprodutivos

“se ancoram no reconhecimento básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (...). O respeito pelos direitos reprodutivos das mulheres e a oferta de serviços de saúde reprodutiva, são ainda co-requisitos para a sobrevivência e a saúde neonatal, para o desenvolvimento das crianças e para o bem-estar geral das famílias” (Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, 1994, Programa de Ação, § 7.3).

Nesse sentido, a aplicação do PAISM – Plano de Assistência Integral à Saúde da Mulher - e do planejamento familiar são essenciais para o exercício dos direitos reprodutivos em sua plenitude, tendo assegurados os acessos às ações político preventivas, inclusive à gravidez indesejada. Piovesan e Pirotta, também baseadas no Programa de Ação acima citado, complementam que

“os direitos reprodutivos abarcam certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais e têm como base o reconhecimento do direito de todos os casais e indivíduos de decidirem livremente as questões ligadas à sua vida reprodutiva, além do reconhecimento do direito a atingir o mais elevado padrão de saúde reprodutiva e sexual” (PIOVESAN e PIROTTA, 2001, p. 155).

O planejamento familiar é uma grande política pública dos segmentos defensores da descriminalização do aborto. Há mais de 20 anos esta questão é levantada como uma necessidade a ser desenvolvida no sistema de saúde. É fundamental estender as consultas de planejamento familiar a todo território nacional, com eficácia, assim como a distribuição gratuita de métodos anticonceptivos.

Ao tratar do planejamento familiar a Constituição, em seu artigo 226, § 7º, preceitua: “Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre disposição do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, por parte de instituições oficiais ou privadas”. Assim, cabe ao Estado gerar e oferecer as condições e informações para que todos tenham acesso livre e igualitário ao direito de planejar o espaço familiar.

A reivindicação do direito ao aborto de uma gravidez não planejada inscreve-se, também, no direito de decidir sobre o próprio corpo, optando ou não pela interrupção de uma gravidez indesejada, segundo os argumentos dos documentos das conferências do Cairo e Pequim acerca dos direitos reprodutivos.

Para a Assistente Social transitar nesse terreno, entre o direito constituído e o direito individual da escolha (do aborto por exemplo) é muito conflituoso conforme mostrou a própria pesquisa que desenvolvemos nesse estudo. Tal como outras profissões, a profissional do Serviço

Social não está acima das leis, por isso suas ações imediatas ficam restringidas ao direito formal instituído (na Constituição Federal, no Código Penal). O entendimento sobre esse direito formal é que:

“o direito é um corpo de procedimentos regularizados e de padrões normativos, considerados justificáveis num dado grupo social, que contribui para a criação e prevenção de litígios, e para a sua resolução através de um discurso argumentativo, articulado com a ameaça de força. Dizem-se justificáveis os procedimentos e os padrões normativos com base nos quais se fundamentam pretensões contraditórias e se geram litígios susceptíveis de serem resolvidos por terceiras partes não diretamente envolvidas neles” (SANTOS, 2001, p. 290).

Essa concepção ampla de direito, defendida por Boaventura Sousa Santos, também pode ser compreendida através da argumentação de Simionatto e Nogueira ao considerarem que:

“os direitos têm como objetivo regular as práticas sociais e os vínculos que se estabelecem entre indivíduos, grupos e classes, e entre estes e o poder constituído. Estes, enquanto princípios reguladores, submetem-se a alterações estruturais e conjunturais, sendo perpassados pelas contradições e movimentos da sociedade civil e do mercado, que determinam, por sua vez, mudanças nas relações entre estes e o Estado” (SIMIONATTO e NOGUEIRA, 1998, p. 15).

O aborto é uma prática social regulada pelo Código Penal e quando entendido como a reivindicação de um direito reprodutivo, constitui-se parte do exercício de cidadania e garantia dos direitos humanos de um grande grupo social: as mulheres. A partir do momento em que, pelo fato de ser ilegal e, ao mesmo tempo, praticado pelas mulheres que decidem por ele, de formas inadequadas, distantes dos procedimentos recomendáveis (higiene, precauções, cuidados pós-aborto, etc), gera o aumento da mortalidade bem como da morbidade materna, conseqüentemente, se torna um grave problema de saúde pública. Segundo Oliveira (1995), a Organização Mundial de Saúde – OMS - estima que 15 milhões de abortos clandestinos são realizados no mundo a cada ano, e 3 milhões desses referem-se ao Brasil.

Entre as Assistentes Sociais entrevistadas para a pesquisa, contata-se uma grande preocupação em relação à legalização do aborto, evidenciada nos depoimentos onde 90% delas responderam que eram favoráveis, conforme demonstram algumas falas a seguir:

- *“Tem que ter esse direito, ter carinho por nós mesmas até depois da decisão, muitas mortes seriam evitadas, muita má formação seria evitada, é uma questão que afeta diretamente a vida da mulher”;*

- *“... legalizar o aborto só iria tirar o risco de vida da mulher porque mesmo sendo ilegal ele é feito”;*
- *“Acho que menos mulheres iriam morrer por abortos mal feitos, menos crianças iriam nascer com problemas por abortos mal feitos...”;*
- *“Acredito que deveria ser um direito e que isso iria ajudar muito as mulheres, o fato de ser ilegal não faz com que ele deixe de existir, só faz com as mulheres tenham que se submeter a condições discriminatórias, degradantes e nada boas para fazer o aborto que precisam fazer”.*

Existe, também, a problemática da subnotificação das mortes causadas por um aborto, pois as mulheres que chegam ao hospital depois de um aborto mal sucedido, geralmente morrem por infecções, hemorragias, embolias, que tiveram origem no aborto. Segundo uma das entrevistadas:

- *“... a maior parte das mulheres não vem para o hospital querer fazer o aborto, elas começam ele em locais clandestinos ou em casa, na casa de amigas, e depois, quase morrendo, com hemorragias, vem para a emergência”.*

Entretanto, nos atestados de óbitos não consta o motivo inicial (o aborto), apenas o fato último (a hemorragia, por exemplo); salvo raras exceções, não há um histórico da causa inicial dos problemas de saúde da mulher (OLIVEIRA, 1995, p. 10).

Faz parte do jogo de forças e poder que possuem os segmentos sociais tornar algo legal ou ilegal; os avanços e recuos das leis refletem momentos históricos da humanidade. Conforme viu-se quando fez-se referência sobre a categoria gênero, não é de interesse da sociedade patriarcal legalizar completamente e descriminalizar o aborto, uma vez que isso daria maior autonomia, liberdade e poder para as mulheres. O aborto não é um direito formal (a não ser nas exceções previstas no Código Penal de 1940); ele passou a ser reivindicado no Brasil, mais fortemente no final da década de 1970 e início dos anos 80, como um direito reprodutivo das mulheres por diversos segmentos da sociedade principalmente pelo movimento feminista. Portanto existe o direito formal e a pretensão do direito. Segundo Nunes (2002, p. 157) está implícita à categoria cidadania a reivindicação de novos direitos e, a “formação de uma pauta de reivindicações que seja passível de universalização” caminhando para a afirmação de direitos. Esse processo (de reivindicação de novos direitos) contribui

para a passagem dos usuários desses direitos “de meros clientes das políticas sociais para sujeitos desse processo (...). É imperioso, portanto, conhecer os movimentos e entender as suas dificuldades” (idem, ibidem). A manutenção da ilegalidade parcial e criminalização do aborto acarreta milhares de mortes maternas todos os anos em todos os lugares, constituindo-se um grave problema de saúde pública e, portanto, diz respeito a toda a sociedade e não somente as mulheres.

1.1. Políticas Públicas de Saúde – o difícil exercício pleno do direito a saúde

Inúmeras necessidades, aparentemente individuais, se tornam, ou podem vir a ser, sociais e/ou coletivas. Para concretizá-la o indivíduo estabelece relações que vão desde o sentir até buscar os meios e satisfazê-la. A necessidade surge como uma carência específica do sujeito de modo que se evidenciam relações de diferentes conteúdos entre eles com a necessidade de saúde (ou de um aborto). A satisfação dessa carência implica em meios para sua satisfação através de produtos e trabalhos de outros indivíduos; tal qual a necessidade do aborto,

“a necessidade de saúde é uma carência complexa que ultrapassa os aspectos meramente de desequilíbrio biológico do corpo. Como consequência, essa necessidade, como qualquer outra, embora não sendo uma categoria econômica, acaba assumindo certos aspectos como tais. Em si, a saúde não se revela como uma mercadoria, que pode “dar e vender”, mas como um atributo do indivíduo” (CECHIM, 2000, p. 166).

Na pesquisa realizada para a produção deste trabalho, observou-se que a compreensão de “saúde” das assistentes sociais entrevistadas está baseada na concepção ampla de saúde conforme ficou constatado através das respostas para a pergunta: “o que é ter saúde”? Segundo uma Assistente Social: *“Vai além do bem estar físico, é a questão social, mental e também o físico. Envolve o acesso a limpeza, emprego, tudo o que envolve o equilíbrio do bem estar”*; ou outra profissional afirma que: *“É uma amplitude de condições, pensar no corpo como um todo e não ter que chegar a situação de procurar a cura, por que quando isso acontece a saúde já não existe, por isso o mais importante é a questão da prevenção para manutenção da saúde”*; ou ainda para mais uma entrevistada: *“É um todo, compreende o modo de vida e acesso aos serviços necessários como escola, moradia, alimentação, trabalho”*.

Nenhuma das Assistentes Sociais se referiu unicamente a cura da doença, muito pelo contrário, frisaram o envolvimento diversos fatores relativos ao bem estar das pessoas apontando as condições de moradia, trabalho, alimentação, lazer, como fundamentais para a existência da saúde. Esse entendimento é verificado também por usuárias como demonstram outras pesquisas. Nunes argumenta:

“A saúde aparece interdita pelos que recebem menores salários pelas dificuldades na obtenção de alimentos e por condições adversas do local de moradia, e os cuidados com a doença interditados pela situação de renda e habitação, com ênfase na ausência de recursos (...), falta de dinheiro para remédios e condições adversas das instituições de saúde” (NUNES, 2002, p. 159).

Mesmo tendo essa concepção ampla de saúde, ao serem chamadas a opinar sobre a frase “saúde é um direito de todos” após suspiros e o balanço afirmativo da cabeça das entrevistadas, as falas reflexivas de várias profissionais concluíam:

- *“A frase é muito bonita, fazer valer o direito é que é difícil, o assistente social fica entre uma lei e a vida das pessoas, tem a questão da prevenção que iria garantir a saúde, tem a questão dos leitos nos hospitais, das fichas nos postos de saúde, e o que o assistente social pode fazer para garantir que todos sejam atendidos”?*
- *“O SUS é universal e é muito bom. Só que a estrutura brasileira não tem condições de atender toda a demanda. Fica só na cura e se tem pouca prevenção”;*
- *“É um direito de todos, na verdade o Estado não garante”.*

Constata-se a postura crítica das Assistentes Sociais frente à situação de desestabilização do aparelho do Estado dificultando o direito do acesso à saúde, sua prevenção e manutenção conforme argumenta uma das entrevistadas:

- *“A saúde é um direito de todos. A grande questão é como garantir esse direito para todos? É um grande paradoxo, cada vez mais a exclusão social aumenta e a pobreza, a miséria parecem ser insuperáveis. Para ter saúde é necessário uma boa alimentação, condições de moradia e bem estar, sem isso não adianta mais nada, então o problema é muito grande, chega a ser estrutural”*

Além disso surge, também, a questão do chamado “público alvo” dos hospitais públicos – ou da saúde pública, leia-se o SUS. Através de algumas falas oriundas da pesquisa desenvolvida por esse trabalho, pode-se visualizar esse “público alvo” dos hospitais públicos: “esse

hospital só atende pelo SUS (...) são pessoas muito pobres”, explicitando o discurso de política sucateada para pobre. Nas palavras de Nunes (2002, p. 77) “onde a demanda se realiza pela pobreza também a oferta é pobre e poucos seriam os dividendos políticos que poderiam advir de qualquer iniciativa de correção dessa trajetória”.

Segundo Cohn (2001, p. 48) essa constatação feita tanto por trabalhadores da área da saúde pública como por seus usuários deve-se “porque a política de saúde, sobretudo das últimas duas décadas, constituiu um sistema público de saúde não só sucateado e desaparelhado como com baixíssimo nível de resolutividade”.

Compreendendo a saúde como um direito, o Estado tem o dever de garanti-lo aos cidadãos, conforme preceituam os artigos 197 e 199, § 1º, da Constituição Federal, na regulamentação, fiscalização e controle de um Sistema Único de Saúde (o SUS) constituído por uma rede regionalizada, hierarquizada e organizada, por ações e serviços públicos em parceria – complementar – com as instituições privadas. No entanto, frente a situação de desgaste do “público” e enriquecimento do “privado”, as dificuldades da saúde pública são cada vez mais evidentes.

Ocorre, ao mesmo tempo, a descontinuidade, fragilidade e fragmentação das ações e, além disso, também existe o “circuito das carências”, na compreensão das “políticas pobres para os pobres” conforme diz Nunes (2002, p. 77). Assim a diretriz da equidade, em um de seus princípios (o atendimento desigual aos desiguais), previsto, no SUS, assume um caráter oposto:

“Neste país cabe às populações socialmente condenadas elaborar a sua capacidade de utilização da rede, precária e eternamente insuficiente, para ter acesso à assistência à doença, reiterando a sua condição de desigualdade para ajustar modos próprios de acessibilidade a serviços de difícil acesso, para à sua maneira conquistar o ‘direito à saúde’ ” (NUNES, 2002, p. 94).

É citado por todas as entrevistadas que a saúde é um direito, no entanto aparece a problemática da existência da lei e seu não cumprimento como pode ser observado nas seguintes falas das Assistentes Sociais:

- *Sim é um direito mas tem que criar mecanismos para que esse direito possa ser um direito de fato, as pessoas não tem acesso aos direitos de saúde”;*
- *“A saúde é garantida legalmente, mas na prática não é, não sei como fazer e mudar isso”;*
- *“Na lei está garantido, mas na verdade isso é uma grande luta que deve ser encarada por todas as pessoas, o caminho é longo e muitos direitos e deveres ainda estão para serem conquistados”.*

Em relação à essa questão, é interessante observar quando Boaventura Sousa Santos apresenta a discussão sobre a eficácia simbólica de certas leis:

“Uma lei deve ser promulgada para ser aplicada e produzir efeitos num dado domínio social (educação, saúde, fiscalidade, etc.) caso em que terá eficácia instrumental, ou apenas para produzir como efeito o fato de haver uma lei sobre um dado domínio social e se esse fato tem impacto público independentemente de se saber se a lei é ou não aplicada, caso em que terá eficácia simbólica” (SANTOS, 2001, p. 176).

A constatação da “crise do direito”, segundo o autor, “ocorreu nas áreas sociais reguladas pelo direito (família, trabalho, educação, saúde, etc.) quando se tornou evidente que as classes populares careciam de força política para garantir a continuidade das medidas estatais de proteção social” (idem, p. 160). Nesse sentido, a crise do direito se refere muito mais a “crise de uma forma política - o Estado-providência – e não da crise de uma forma jurídica – o direito autônomo” (idem, *ibidem*).

A Constituição Federal, aprovada em 1988, traça os direitos e garantias individuais e coletivas, um deles é o Princípio da Legalidade – refere-se, sobre tudo aquilo que a lei não diz, segundo Kyriakos e Fiorini (2002, p. 136), isto quer dizer “ninguém está obrigado/a a fazer ou deixar de fazer algo, senão em virtude da lei. (...) enquanto cidadãos e cidadãs podemos fazer tudo aquilo que a lei não proíbe”.

Inúmeras são as dificuldades das mulheres que, mesmo nos casos previstos em lei, procuram os serviços de aborto legal e conseguem realmente fazê-lo. Muitas vezes a burocracia é tanta que, ao conseguir a prova do que a mulher diz, a gravidez já está num estágio muito avançado e impossibilitada de ser interrompida. É muito freqüente, a dúvida sobre um estupro ou não por parte

dos profissionais da saúde; em muitos casos exige-se que a mulher apresente-se machucada, com marcas evidentes da violência sexual; em outros casos, o risco de vida da mulher não é evidente e, portanto, os médicos vão deixando a gravidez “andar”.

Para Moraes (1996, p. 153), o aborto deve ser defendido, nos espaços públicos, políticos e sociais, a partir de dois argumentos: o primeiro deles, “(...) repousa na separação entre poder público (Estado) e Igrejas”. Segundo a compreensão da autora “Os argumentos de ordem teológica colocados pelas Igrejas servem para os seus seguidores, mas não podem afetar os direitos dos cidadãos, no caso o direito da mulher de decidir sobre a gravidez. Do ponto de vista da ciência laica, o feto é uma forma de vida não-autônoma e como tal não pode ser comparado ao bebê já nascido”. O segundo argumento apresentado por Moraes relaciona-se com o “fato de que o aborto ilegal é uma realidade e que, na verdade, trata-se muito mais de ser contra as nefastas consequências do aborto clandestino” (idem, ibidem).

Assim, há que se trabalhar em dois caminhos: o primeiro em tornar mais amplos e acessíveis os serviços de aborto legal; e o segundo em continuar o movimento, através dos segmentos da sociedade civil organizada que defendem a legalização completa e a descriminalização do aborto, não punitivo, não condenável, mas sim uma escolha ética baseada nos fundamentos da liberdade.

Mesmo nos locais onde existem os programas de Aborto Legal (aqueles já previstos no Código Penal), ainda, muitas mulheres enfrentam dificuldades e, não são raras as vezes, em que os próprios profissionais da equipe não se sentem a vontade (ou com a “consciência tranqüila”) para prestar o atendimento às usuárias que procuram o serviço de aborto legal. Uma das assistentes sociais entrevistadas afirma:

- *“tem gravidez que já está com 5 ou 6 meses a mulher ainda está tentando abortar, quando isso ocorre a criança morre mas não nasce, aí elas vem para o hospital para fazerem o parto, tirar a criança já morta – é complicado aceitar isso até para uma assistente social, a criança já estava quase formada (...) tem um risco*

muito grande de vida, porque o bebê já estava grande; também a culpa que sentem é muito forte; é um sentimento bem controverso...”

Além de enfrentarem, como já dissemos, todas as dificuldades para a tomada da decisão, criando uma situação de conflito interno, as mulheres que necessitam fazer o aborto, também enfrentam as discriminações da sociedade, inclusive dos profissionais de saúde.

Pode-se recorrer, à Bobbio (e suas concepções gramscianas) para verificar a magnitude das relações que se estabelecem entre necessidade e classes sociais, ou como se refere “condições materiais” para a realização das necessidades (como a de fazer um aborto), os meios necessários e a afirmação social de determinadas vontades:

“A necessidade entendida como conjunto das condições materiais que caracterizam uma determinada situação histórica é assimilada ao passado histórico, também ele considerado como parte da estrutura. Tanto o passado histórico quanto as relações sociais existentes constituem as condições objetivas, cujo reconhecimento é a obra do sujeito histórico ativo, que Gramsci identifica com a vontade coletiva: só através do reconhecimento das condições objetivas é que o sujeito ativo se torna livre e se põe em condições de poder transformar a realidade” (BOBBIO, 1994, p. 38).

Esta citação nos permite compreender que a necessidade transforma-se em liberdade ou seja, em ação. O que não significa dizer, todavia, que na estrutura de sociedade em que se estabelecem as relações “problemáticas” ou não consensuais, determinadas ações sejam aceitas.

Desta forma, a passagem dos direitos escritos para direitos aplicados está relacionada às estratégias e dependências do poder político e da disponibilidade de capacidades técnicas de elaboração, execução, avaliação e continuidade. Transformar em realidade o acesso ao direito de saúde (em sua concepção ampla) deve considerar esses elementos.

“O desafio está em como compatibilizar as lógicas do direito individual e do direito coletivo presentes no sistema de proteção social brasileiro, numa sociedade marcada por profundas desigualdades sociais e que demanda com urgência a construção de novos padrões de solidariedade social para que, de fato, o sistema de proteção social no Brasil ganhe uma lógica redistributiva e garanta a saúde como um direito de todos os cidadãos” (COHN, 2001, p. 56).

A legalização do aborto nem sempre garante a sua aceitação (como é o caso de Porto Rico apresentado no próximo item), no entanto contribui na medida em que considera-se a eficácia

simbólica da lei, assim como foi muito importante a garantia constitucional da saúde como dever do Estado mesmo com todas as dificuldades para garantir o efetivo cumprimento desta lei.

Um recente e importante passo no debate e construção de políticas públicas para as mulheres foi dado no chamamento pelo Governo Federal da I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, realizada do dia 15 a 17 de Julho de 2004, em que, durante a abertura oficial houve o comprometimento do Presidente da República em implementar as diretrizes apontadas pela sociedade civil reunida naquela Conferência – as mais de 2.000 mulheres participantes.

Dentre as centenas de deliberações aprovadas nos grupos de trabalhos e na plenária final desta Conferência encontra-se no Eixo Temático 04 – Efetivação dos Direitos Humanos das Mulheres: saúde, moradia, infra-estrutura, equipamentos sociais e recursos sociais. Deliberou-se sobre o aborto enquanto direito das mulheres e dos casais no exercício da livre maternidade/paternidade...

“(...) possibilitando meios para regulação da sua fecundidade, afirmando o caráter laico das políticas de saúde reprodutiva. Neste sentido, a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres recomenda a descriminalização e a legalização do aborto, com a garantia da assistência ao aborto no serviço público de saúde” (item 157, aprovado em Plenária Final, 19/07/2004, Brasília: DF).

No momento pós-conferência, permanece a responsabilidade dos movimentos sociais – feministas – manterem a mobilização a fim de garantir a mudança na legislação, as ações para implementação, e cumprimento das deliberações aprovadas naquela importante Conferência.

1.2. Papel do Estado – gestor das políticas públicas orientado pela legislação

O Estado, segundo Bobbio, é um “aparelho” em constantes lutas e contradições:

“(...) Estado não é um fim em si mesmo, mas um aparelho, um instrumento; é o representante não de interesses universais, mas particulares; não é uma entidade superposta à sociedade subjacente, mas é condicionado por essa e, portanto, a essa subordinado; não é uma instituição permanente, mas transitória, destinada a desaparecer com a transformação da sociedade que lhe é subjacente” (BOBBIO, 1994, p. 23).

É bastante interessante quando o autor explicita que o Estado *não* representa “interesses universais, mas particulares” – ou seja de grupos sociais que alçam certo grau de hegemonia na estrutura do Estado como, por exemplo, no parlamento.

Tendo o Estado como o principal – não o único - executor de políticas públicas e sendo a saúde uma dessas políticas essenciais à população, não há como fazer uma reflexão acerca das políticas públicas de saúde sem continuar a análise, buscando nessas próximas páginas uma dedicação maior sobre o papel do Estado junto as políticas públicas sem perder de vista a relação da questão do aborto neste contexto.

O Estado que temos hoje mantém suas origens, permanecendo um modelo de Estado burguês, ou como diz Coelho: “trata-se ainda do velho Estado patriarcal e capitalista” (2001, p. 35). A questão da saúde e da saúde da mulher surge nessa discussão no momento em que se tem clareza de que...

“a saúde de uma população está intimamente relacionada ao modo de produção da sociedade em que se vive. Nela são produzidas, além de bens e serviços, relações sociais, constituídas histórica e socialmente, e que se expressam em diferentes condições de vida, trabalho, saúde adoecimento e morte. Dos setores oprimidos da sociedade, as mulheres pobres são as maiores vítimas (...) Além de sofrerem os efeitos perversos decorrentes da situação mais geral de exclusão, o quadro piora com a carência e precariedade dos equipamentos sociais existentes nas áreas onde vivem” (COELHO, 2001, p. 34).

Hoje, as relações entre Estado e sociedade têm sido (re)definidas através das políticas de ajuste estrutural que estão sendo implantadas pelo chamado capitalismo de modelo neoliberal, reduzindo significativamente os gastos públicos e os investimentos em programas de proteção social.

“Dos anos 80 aos 90, as políticas de ajuste estrutural, promovidas pelo Banco Mundial têm norteado os países da América Latina, impondo pesados custos sociais a grandes parcelas da classe trabalhadora. Tais políticas, ao proporem cortes nos gastos governamentais em áreas tais como saúde e educação têm contribuído para o aumento da pobreza e da exclusão de imensos estratos populacionais. As transformações que vivemos hoje não se operam, portanto, apenas no âmbito da economia, mas redefinem também as relações entre Estado e sociedade” (SIMIONATTO, 1998, p. 22).

Segundo Simionatto, na concepção neoliberal, o Estado é entendido como um promotor e regulador de políticas públicas, e não mais um provedor. Para essa última tarefa há a exigência da complementaridade entre Estado e sociedade civil organizada. As Organizações Sociais

e/ou as Organizações Não-Governamentais (ONGs), são entidades públicas de direito privado que celebram um contrato de gestão com o Estado e assim são financiadas parcial ou mesmo totalmente pelo orçamento público.

Ao mesmo tempo em que é empreendida uma política de cortes nas áreas sociais, também, se constrói a idéia da falência, inoperância, ineficácia, ineficiência e corrupção dos serviços públicos. Entretanto, para além da idéia construída, se constrói, na prática, toda essa real falência na medida em que (o modelo econômico adotado) patrocina todo seu desgaste. Busca-se, assim, o consenso dos serviços privados como os melhores; as privatizações e os reordenamentos do papel do Estado resulta, através dessa proposta, um Estado mínimo e um mercado máximo.

Todo esse processo de ajustes econômicos no Estado afeta diretamente a manutenção e ampliação dos direitos sociais uma vez que os recursos dos fundos públicos são utilizados para a reprodução do próprio capital, fazendo com que as ações estatais fiquem reduzidas. Dessa maneira, “a inclusão na agenda estatal da garantia de direitos é limitada pelo próprio processo de acumulação capitalista que amplia a exclusão e aprofunda as desigualdades sociais”. (SIMIONATTO e NOGUEIRA, 1998, p. 12). Esse raciocínio deduz que não é estimulante ou lucrativo legalizar completamente o aborto tornando-o um serviço seguro e público de saúde – as clínicas clandestinas que oferecem melhores condições médico-higiênicas cobram um alto valor para que as mulheres de camadas médias e altas da população possam chegar até lá e fazê-lo de forma segura; para as mulheres das camadas baixas e empobrecidas, desprovidas de posses financeiras, resta a sorte. Não há no serviço público, no SUS, o atendimento da necessidade do aborto (salvas as exceções do Código Penal e mesmo assim somente algumas instituições realizam o aborto legal autorizado por um juiz de direito, em Santa Catarina apenas o Hospital Universitário da UFSC realiza os abortos legais).

1.2.1. O Sistema Único de Saúde em tempos de neoliberalismo

Segundo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), pautados na Constituição de 1988, consagra-se o direito à saúde como direito fundamental da pessoa humana; nessa concepção a saúde não deve ser encarada como se fosse um “setor”, ela é, o resultado de condições sociais e econômicas em que a promoção exige a implementação de ações e relações intersetoriais e que devem ser garantidas por políticas públicas.

A Constituição Federal brasileira é considerada, e é praticamente consenso nos estudos, uma das melhores do mundo (juntamente com a da Itália). A idéia de Seguridade Social abarca o conjunto do tripé - Saúde, Assistência e Previdência Social. O SUS, enquanto um “sistema único” segue os mesmos princípios e doutrinas em todo o Brasil, sob a responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal. Dessa maneira, ser um sistema, significa dizer que é um conjunto de unidades, de ações e de serviços que trabalham para o mesmo objetivo – o da promoção, proteção e recuperação.

Os princípios doutrinários do SUS, segundo a Constituição Federal de 1988 e as Normas de Operacionais Básicas – NOB’s subsequentes, são: a) Universalidade – todo cidadão tem direito ao atendimento e, para ter esse direito, basta ser cidadão (não necessita ter vínculo empregatício, ser criança ou idoso), ser uma pessoa e seu direito de cidadania à saúde deve ser garantido pelos governos municipal, estadual e federal; b) Equidade – é o atendimento desigual aos desiguais, ou seja, garante o atendimento ao cidadão em todos os serviços, em igualdade de condições, respeitando-se a necessidade de saúde de cada caso. O SUS não pode atender todos da mesma forma em todos os lugares – deve-se oferecer “mais” àqueles que mais precisam, buscando diminuir as desigualdades existentes; c) Integralidade – significa garantir o atendimento da pessoa como um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e de trabalho, entendendo o indivíduo enquanto um ser social. A garantia da integralidade da saúde esta baseada no acesso as ações de:

- Promoção: promover a saúde significa desenvolver ações, também, nas áreas da habitação, educação, trabalho, etc.;
- Proteção: envolve ações coletivas e preventivas, saneamento básico, vigilância sanitária, imunizações, etc.; e
- Recuperação: é o atendimento ao doente, o tratamento e a reabilitação da pessoa; são ações que evitam a morte dos doentes.

Foi por meio dessa concepção que se erigiu o capítulo da Seguridade Social da Constituição Federal de 1988, introduzindo esses conceitos e se firmando como a Constituição mais avançada da história brasileira e, do mundo, no que concerne ao SUS. Entretanto, a Constituição e o SUS, configuraram-se num movimento contra-hegemônico no momento em que antecedeu e que foi (e o é) posterior a promulgação da Constituição brasileira. A cada passo para implementar e implantar o SUS evidenciavam-se os movimentos por parte da indústria farmacêutica e de equipamentos, dos grupos prestadores da assistência privada, a presente inércia da burocracia do Estado, bem como por parte dos governantes comprometidos com o projeto capitalista neoliberal seguindo as orientações dos documentos do Banco Mundial.

Durante a década de 90, teve-se, num primeiro momento com o governo Collor muitas dificuldades e entraves para os primeiros passos de implantação efetiva do SUS, em seguida, com o (breve) governo de Itamar Franco pode-se avançar consideravelmente aprovando e implantando a NOB/SUS 01/93 que expressava a decisão política da “ousadia de cumprir a lei” – o SUS e a Constituição Federal³. Posteriormente veio a “era FHC” (presidente Fernando Henrique Cardoso), que durou 08 anos, caracterizando-se por implementar a Reforma do Estado – redimensionando o seu papel, diminuindo os gastos públicos, privatizando inúmeras empresas estatais e promovendo, com primazia, as propostas do projeto neoliberal. Ao diminuir os investimentos em políticas sociais,

³ Pode-se buscar em Márcia Faria Westphal e Eurivaldo Sampaio de Almeida “Gestão de Serviços de Saúde: descentralização, municipalização do SUS”, os detalhamentos desses momentos.

reduzindo os mecanismos de proteção social, por parte do Estado, e estabelecendo parcerias entre o público e o privado na prestação de serviços, desenvolve-se, segundo Simionatto, (1998, p. 29) “a cultura do ‘anti-Estado’, do ‘Estado Mínimo’ para os trabalhadores e do ‘Estado Máximo’ para o Capital (...)”. E prossegue:

“As regras do chamado ‘ajuste econômico’, expressão das políticas neoliberais, vêm promovendo, assim, a ‘morte pública’ do Estado, desqualificando-o enquanto esfera de representação dos interesses das camadas de classes subalternizadas. Nesse sentido, o Estado vem atuando, com uma fúria jamais vista, com procedimentos voltados a um verdadeiro desmonte da esfera pública, efetuando a privatização dos mais elementares bens públicos (como saúde e educação), sob o propalado discurso da necessidade de reduzir o déficit público” (SIMIONATTO, 1998, p. 29)

E, mais adiante, referindo-se especificamente sobre a saúde, o SUS e seu caráter universal alcançados com a Constituição de 1988, argumenta:

“(...) a universalização alcançada até agora, ainda tem sido excludente na medida em que a inclusão das camadas populares foi acompanhada do racionamento dos gastos em saúde ocasionando o sucateamento da atenção prestada. Tal situação tende a se agravar a partir das recomendações do Banco Mundial que têm indicado um redimensionamento do setor público devendo este concentrar-se na oferta de serviços para os grupos mais pobres e a cobertura das classes média e alta devem ficar a cargo dos setores privados” (idem, p. 34).

Em função de todos esses elementos, o direito de todos à saúde, que deve ser assegurado pelo Estado, através da implementação de sua Constituição, encontra-se bastante fragilizado. Durante o processo de pesquisa, foi muito interessante observar que 100% das entrevistadas apontaram o Estado (ou o poder público, ou o governo) como a esfera que deve assegurar a saúde para a população conforme afirmam algumas respostas abaixo relatadas:

- “O governo. Com todos os impostos que se paga, as instituições de saúde são das pessoas”;
- “O poder público deve oferecer direitos básicos, as necessidades básicas para todos (ricos e pobres)”;
- “O poder público em suas esferas – estado, município e federação”;
- “O estado, ele tem o papel principal com a população, deve ser o financiador”.

Ter tamanha certeza e apontar o “governo”, o “Estado” ou o “poder público” como a primeira palavra para a resposta (com exceção de uma entrevistada que afirmou “Em primeiro lugar a

própria família e não só o governo (...))” nos mostra que mesmo cientes das dificuldades enfrentadas pelas instituições e trabalhadores dos serviços públicos de saúde, o Estado deve buscar alternativas para prover e gerir adequadamente o Sistema Único de Saúde - SUS.

Quando o roteiro da entrevista apontou para a satisfação dos usuários em relação àquela instituição, novamente, são elencados às respostas os fatores de dificuldade para a implementação do Sistema Único de Saúde e garantias mínimas como exames, remédios e atendimento (consultas) de toda a demanda. Argumentam que o atendimento da instituição satisfaz com as limitações da saúde pública:

- *“Satisfaz mais ou menos!! Esse hospital é o primeiro a avançar em algumas coisas, é de ponta por isso é respeitado, mas ainda falta muito, o hospital não consegue dar conta de tudo, falta atendimentos para toda a demanda”;*
- *“Acho que não satisfaz. Apesar de o atendimento ser bom, a continuidade do atendimento que é o exame e o remédio não é fornecido, o SUS não cobre, não dá e só a consulta médica não resolve”.*

Nos dois casos acima percebe-se a presença da necessidade do cumprimento efetivo do direito ao acesso à cura, tanto quando se refere a grande demanda que não é atendida pelo hospital, como quando se afirma que mesmo tendo a consulta médica garantida, não se fornece o acesso aos exames ou remédios para possibilitar a cura. Nas reflexões abaixo, pode-se constatar a necessidade da prevenção, um dos princípios do SUS para que a demanda pela cura da doença diminua:

- *“Creio que sim, apesar de não poder oferecer mais porque o forte desse hospital é o SUS e o sistema ainda é muito precário. Tem muita demanda, muita busca pela cura, ainda não se conseguiu implementar a prevenção no SUS”;*
- *“... não satisfaz porque o SUS não é implementado em sua plenitude, aqui na instituição se busca a cura da doença (e não a saúde) mesmo assim não temos como garantir acesso a exames e medicamentos, garantimos só a consulta, a internação, poucos exames, poucos medicamentos... é bem complicado”.*

Foi nesse momento em que mais foi citado o SUS, ou surge pela primeira vez em algumas falas, e isso é muito importante uma vez que essa era uma das últimas questões do roteiro da

entrevista! Desta forma a necessidade do aborto, durante toda a entrevista, não foi associada pelas entrevistadas ao SUS ou à saúde pública.

O Estado brasileiro, atualmente, não tem assegurado a qualidade sequer das políticas públicas “populistas” ou “legais”. Ao mesmo tempo em que, os setores progressistas da sociedade, buscam manter os direitos sociais, dentre eles a saúde pública, luta-se contra o risco da perda contínua do que já foi conquistado e, por fim, luta-se para ampliar e tornar verdadeiros o que convencionou-se chamar de direito a liberdade individual, neste sentido, a descriminalização e legalização completa do aborto são reivindicações de um direito das mulheres – incluído nos direitos reprodutivos e sexuais, exercidos em plenitude.

Tendo presente essa leitura do Estado e da saúde, podemos observar com maior nitidez as dificuldades pelas quais passam aquelas mulheres que necessitam ou optam pelo aborto. Além de todas essas questões envolvendo o direito à liberdade para fazer o aborto, ele é questionado socialmente, é impeditivo e punitivo. Parte-se do princípio de que tem direito a liberdade o feto e não a mulher grávida.

1.2.2. O Estado no contexto da questão do aborto

Entendido como principal gestor e executor de políticas públicas, em relação à problemática da clandestinidade do aborto e das consequências para as mulheres, o Estado tem sido bastante omissivo, mesmo havendo exceções para a prática do aborto (nos casos previstos pelo Código Penal) ele ainda criminaliza a prática e a opção por abortar, penaliza...

“(...) e não oferece um serviço de saúde que atenda às necessidades básicas da mulher e não existe um serviço de orientação à contracepção. Os poucos que sobrevivem falam de ‘planejamento familiar’ esquecendo que a contracepção significa também poder vivenciar a sexualidade sem medos, ameaças e riscos. E, embora a sociedade e a mídia estimulem a sexualidade cada vez mais precocemente, não discute de forma educativa e sem preconceito, o significado dessa vivência.” (OLIVEIRA, 1995, p. 10).

Em países onde o aborto é legalizado, podendo ser realizado de forma segura e de fácil acesso, em que a mulher tem a livre escolha pela continuidade ou não da gravidez, baixaram consideravelmente os índices de mortalidade materna, fator que leva a constatar que tornar legal – lei – a possibilidade do aborto é significativamente importante para o Estado na implementação de políticas públicas de saúde eficientes e eficazes.

É, também, no espaço do Estado que se definem as leis, de todas as ordens, inclusive sobre o aborto legal e o ilegal. No Brasil, o Código Penal, é “cópia” do Italiano, é de 1940 e ainda está em vigência. Em seu artigo 124, dita as penalidades passíveis para aqueles que fazem o aborto (os médicos ou aborteiros/as). O artigo 128, coloca sobre as condições em que o médico não será punido ao fazer um aborto, quais sejam: se a gravidez gerar um risco de vida para a gestante ou se a gravidez for decorrente de estupro (KYRIAKOS e FIORINI, 2002, p. 134/135). Entretanto, muitos profissionais que fazem os abortos judicialmente autorizados sofrem discriminações por seus colegas, conforme argumenta uma das entrevistadas da pesquisa:

- *“...tem que contar com os médicos, pois nem todos fazem aborto. Entram as aquelas situações de ética, moralidade, religião e até discriminação na classe médica: o médico que faz abortos, mesmo os permitidos pelos juizes, correm o risco de serem discriminados e rotulados como aquele médico que faz abortos”.*

Executar os procedimentos médicos para a realização do aborto é uma opção dos profissionais dessa área, ou seja: lhes é permitido o direito de não fazê-lo. No entanto, quando uma mulher obtém uma ordem judicial para ter atendida a necessidade do aborto, esse direito não pode lhe ser negado sob nenhuma circunstância; assim, existe o direito do profissional médico não fazer o aborto, mas os serviços públicos de saúde/hospitais, devem acima de tudo garantir às mulheres a realização dos mesmos através da busca de médicos/as que estejam dispostos a fazer abortos legais.

Realizar o aborto buscando modos próprios – caseiros, em clínicas clandestinas – já que é ilegal, é uma das maneiras de concretizar essa necessidade para a mulher que optou por ele. Satisfazer uma necessidade individual diante da discussão do aborto significa remetê-lo para o campo

dos direitos reprodutivos da mulher; segundo Kyriakos e Fiorini (2002, p. 143), a personalidade tem integrada a si o corpo humano e, sobre o seu próprio corpo cada um tem autonomia enquanto pessoa, titular do direito à individualidade, à intimidade e à liberdade de decisão.

Para a autora acima, o aborto é um direito individual das mulheres, que decidem quando devem ou não exercê-lo. Sendo o aborto um direito individual ele não poderia ser proibido. Um direito é um direito, podendo existir sempre métodos e formas de cativar e mobilizar as pessoas para tomarem atitudes diferentes – neste caso ter mais filhos – mas nunca colocar em causa a possibilidade de exercício de um direito. No entanto o problema torna-se mais grave quando, o fato de o aborto ser proibido e, simultaneamente, uma prática corrente, desencadeia sérios problemas de saúde pública e especialmente a mortalidade das mulheres.

Neste sentido, o comprometimento do Estado é essencial – tanto com as leis que estão vigentes, por exemplo nos casos de aborto legal, como com a garantia de que lhe prestem atendimento público de saúde para aquelas que têm complicações após um aborto (mesmo clandestino). Na verdade, a liberalização e a garantia do atendimento público ao aborto seria o ideal, uma vez que, sempre houve abortos em todas as sociedades. O que há de mais importante são as condições em que ele é praticado e a forma como é encarado, conforme preceitua Silva:

“Sabe-se que o aborto sempre foi um recurso utilizado por todas as culturas, e continuará sendo. Seria ingenuidade supor que tal prática possa ser erradicada. Contudo, é de surpreender que, no atual estágio da medicina, as mulheres recorram, com considerável frequência, ao aborto perigoso, apesar de suas restrições morais, e até mesmo dos riscos potenciais dessa prática” (SILVA, 1996, p. 146).

Na medida em que uma mulher, quando decide levar uma gravidez para frente a leva, mesmo que isolada de sua decisão, ela também aborta se assim o entender, apesar de compreender como a menos pior das suas alternativas. Centenas de testemunhos de mulheres anônimas vêm neste sentido. É uma decisão difícil, dolorosa, mas que é tomada conscientemente, após muita reflexão.

Saindo da particularidade – mulher que necessita fazer o aborto – para a coletividade – a sociedade em que está inserida essa mulher, sua situação e necessidade – a questão torna-se, ainda

mais complexa. O tema “aborto” e sua discussão nos diversos segmentos sociais, como viu-se anteriormente relaciona-se diretamente com a posição da mulher na sociedade.

1.3. Sociedade Civil – A Igreja e o Movimento Feminista como os principais representantes nos debates sobre Aborto

Pode-se localizar dois fortes segmentos organizados através da sociedade civil presentes nos debates quando o tema se relaciona com o aborto: a Igreja e o Movimento Feminista.

Uma significativa parcela populacional é influenciada pelo segmento da sociedade que entende o aborto como um direito reprodutivo e componente do exercício de cidadania, tendo como principal representante o movimento feminista; outra parcela é fortemente influenciada pela opinião das Igrejas, por seus conceitos e defesas da forma de conviver que, na atualidade⁴ e hegemonicamente, não aceita nenhuma forma de aborto em qualquer etapa da gravidez.

Através dos tempos e gerações, a sociedade cria e impõe normas de comportamento e vontades para as mulheres e, especificamente, no que se relaciona ao tema tratado aqui, padrões, normas para a sua sexualidade, maternidade e vida reprodutiva. A sociedade a que nos referimos parte da concepção gramsciana de sociedade civil, explicitada por Bobbio:

“(...) se trata da sociedade civil ‘no sentido de hegemonia política e cultural de um grupo social sobre toda a sociedade, como conteúdo ético do Estado’. (...) a sociedade civil compreende não apenas a esfera das relações econômicas, mas também as suas formas de organização espontâneas ou voluntárias” (BOBBIO, 1994, p. 34 e 35).

Desta forma, a sociedade está permeada de interesses que são apresentados e defendidos por grupos numa arena de lutas em busca de suas necessidades, direitos e reivindicações e, torná-las essas as referências para todos. Os padrões de comportamentos somente são aceitos, quando

⁴ Segundo Jane Hurst “a opinião dos eruditos e teólogos da Igreja com relação ao aborto nunca foi unânime. O debate continua atualmente” (2000, p. 09) referindo-se ao mesmo tempo no passado onde alguns abortos eram admitidos pela Igreja Católica e até hoje não existe consenso a exemplo das Católicas pelo Direito de Decidir – CDD.

já passaram por um processo de aceitação social, alguns, além de serem costumes, viraram leis restritivas e punitivas, foram normatizados pela sociedade e pelo Estado; tornaram-se hegemônicos.

Em relação à maternidade, o que é imposto à mulher pela concepção hegemônica da sociedade é que ela (a maternidade) *deve ser* aceita por todos e todas; *deve ser* um desejo de todas as mulheres. Mesmo quando inesperada, a gravidez *deve ser* bem vinda; a sociedade – hegemônica atual - não permite que ela (a mulher) rejeite “um filho” desta sociedade. Assim, uma gravidez mesmo quando não desejada ou planejada, *deve ser* aceita. Perpetuando-se essa imposição, constrói-se o mito da maternidade.

1.3.1. Defesa da Vida – ética e moral

Os dois principais segmentos da sociedade civil que debatem as questões do aborto (igrejas e movimentos feministas) possuem como um de seus mais fortes argumentos a defesa da vida.

É sabido que defender a vida não é privilégio de um ou outro agrupamento, tal qual sabe-se também que a sociedade de forma generalizada passou a ter um grande afeto pelas crianças a partir de um determinado momento histórico (século XVII). Ao passo que os setores anti-aborto, principalmente aqueles ligados a Igreja, defendem a vida do feto, sob o argumento de que desde a concepção existe uma vida e que o feto tem direito a vida independentemente do estágio de sua formação, existem também os setores que defendem a legalização completa do aborto colocando em evidência a “defesa da vida das mulheres que morrem por falta de recursos para fazer o aborto em condições médico-higiênicas seguras” (LAUDANO, 2001, p. 211), bem como a controversa questão do início da vida e vida em potencial do embrião. Desta forma, a defesa da vida (do feto ou da mulher) está bastante ligada aos preceitos éticos e morais construídos, repassados e apreendidos socialmente.

Ética e moral, duas categorias que serão bastante utilizadas neste trabalho, não são sinônimos, conforme expõe Boff, segundo ele a ética é parte da filosofia, enquanto a moral é parte da vida concreta. A ética...

“considera concepções de fundo acerca da vida, do universo, do ser humano e de seu destino, estatui princípios e valores que orientam pessoas e sociedades. Uma pessoa é ética quando se orienta por princípios e convicções (...). A moral trata da prática real das pessoas que se expressam por costumes, hábitos, valores culturalmente estabelecidos. Uma pessoa é moral quando age em conformidade com os costumes e valores consagrados. Estes podem, eventualmente, ser questionados pela ética” (BOFF, 2003, p. 37).

Nesse sentido a defesa da vida é um pressuposto básico ético e também moral; trata-se muito mais da coerência em atribuir esse direito àqueles que já o experimentaram, ou seja: tem direito à vida quem já vive. Defender o direito ao aborto seguro significa defender a vida das mulheres, uma vez que, segundo Costa (1999, p. 180) “a experiência brasileira com o aborto é mais uma lembrança sobre como as mulheres, ao enfrentar uma gravidez indesejada, são levadas ao aborto ilegal, independentemente dos riscos a sua saúde”. Deste modo, não é pelo fato de o aborto ser ilegal que ele deixa de ser praticado por aquelas que optam por ele, compreendendo-o como uma alternativa viável para aquele momento de sua vida, mesmo que, seja muito freqüente a presença do sentimento de culpa por ter cometido um ato “ilícito” ou “imoral”.

1.3.2. As defesas e contradições no seio da Igreja

As concepções mais conservadoras e a maior parcela das concepções religiosas contrárias à prática do aborto, atribuem à mulher o papel principal na procriação, um papel de submissão, pois ela deve ter os filhos que vierem, deve carregá-los, gerá-los, amamentá-los, criá-los. Será também a pessoa mais responsável pela sua educação. Arcará com as responsabilidades para o bem e para o mal. A mulher deve ser antes e acima de tudo mãe.

Essa concepção pode ser observada através da reação da Igreja e de setores conservadores em relação ao aborto quando, recentemente, o Ministro do STF – Supremo Tribunal

Federal – Marco Aurélio de Mello, decidiu conceder liminar em 01 de julho de 2004, ad referendum do Plenário daquele Tribunal, reconhecendo o direito das gestantes portadoras de fetos anencefálico⁵ de se submeterem à antecipação terapêutica do parto, uma vez atestada em laudo médico a anomalia.

Imediatamente, a CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, declara através de uma Nota amplamente publicada e divulgada nos meios de comunicação de massa expressando a surpresa frente a decisão do Ministro do STF e, conclamando ao “senso de Direito e de Justiça dos Membros do Supremo Tribunal Federal” em reverter tal decisão, argumenta: “de fato, a Vida humana, que se forma no seio da mãe, já é um novo sujeito de direitos e, por isso, tal vida deve ser respeitada sempre, não importando o estágio ou a condição em que ela se encontre” (CNBB, Encarte, nº 735 de 01 de julho de 2004).

De outro lado, argumenta o Ministro do STF, Marco Aurélio de Mello em sua liminar⁶, que “diante de uma deformação irreversível do feto, há de se lançar mão dos avanços médicos tecnológicos, postos à disposição da humanidade não para simples inserção, no dia-a-dia, de sentimentos mórbidos, mas, justamente, para fazê-los cessar” (Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental - ADPF nº 54).

Desta forma, não fica incentivado o aborto em qualquer caso. Permanecem as limitações do Código Penal e coloca a disposição das mulheres, que assim o decidirem, a possibilidade do aborto terapêutico para os fetos incompatíveis com a vida após o nascimento.

É salutar lembrar que no interior da própria Igreja não há consenso e o Movimento Católicos pelo Direito de Decidir (CDD) cresce e apresenta argumentos influenciando muitas mulheres na defesa da descriminalização do aborto sem abdicar de suas crenças religiosas. Tal constatação

⁵ Má-formação conhecida como ausência de cérebro que torna os fetos inviáveis de sobrevivência no ambiente extra-útero conforme explica o advogado Luís Roberto Barroso.

⁶ No dia 20 de outubro de 2004, o pleno do Supremo Tribunal Federal revogou a liminar concedida pelo Ministro Marco Aurélio de Mello. Ressaltando diversas vezes sua perplexidade diante do rumo que o debate tomou durante o julgamento dessa liminar, o seu relator, Marco Aurélio, colocou em dúvida a coragem de o Supremo tomar decisão tendo em conta a pressão eclesial. “Apesar de ainda existir um Cristo entre nós [no alto esquerdo da parede da Corte, atrás da mesa do presidente do STF está afixado uma imagem de Jesus Cristo], há muito houve a separação Estado-Igreja”. Há de se embasar, segundo ele, “em parâmetros técnicos, constitucionais e não em visões fundamentalistas, morais e religiosas sobre o tema” - Revista Consultor Jurídico, por Luciana Nanci.

torna-se verificável através desta pesquisa no momento em que 90% das entrevistadas mostraram-se favoráveis a legalização do aborto e a maioria delas admite possuir crenças religiosas como poderá ser observado no perfil das entrevistas, segundo capítulo deste estudo.

Portanto não há consenso no interior da Igreja sobre a questão do aborto. Ao contrário disso, as Católicas pelo Direito de Decidir, uma organização composta por membros/autoridades da própria Igreja, pesquisadores(as) da academia e fiéis em geral, tem conquistado respeito e, a solidificação desta organização adquiriu muito espaço, principalmente, nos momentos mais polêmicos, quando surge um projeto de lei no Congresso ou Senado e, registre-se que a argumentação, a fundamentação de suas defesas compõem uma de suas mais importantes marcas: “(...) na relação com a mídia são falas cautelosas e bem formuladas que evidenciam o extremo cuidado ao articularem necessidade, direito e autonomia no campo reprodutivo” (MELO, 2002, p. 127).

1.3.3. O Movimento Feminista – uma postura firme

O surgimento das idéias feministas no Brasil está ligado à luta pela abolição da escravidão no final do século XIX, segundo Teles (1993, p. 158) “a imprensa feminista da época – um verdadeiro fenômeno – impressiona até os dias de hoje”. Depois disso, na década de 1920, toma destaque a luta emancipacionista e a conquista do direito das mulheres ao voto em 1932, movimento que tomou uma ação articulada entre mulheres de diversos estados do país. Com o início do Estado Novo em 1937 ocorre uma desarticulação generalizada dos movimentos populares sendo retomados somente em 1945 com as campanhas pela Anistia, Paz Mundial e o Petróleo é Nosso. Nessas mobilizações nacionalistas as mulheres tiveram significativa presença. Mesmo sem possuir um cunho feminista tais campanhas possibilitaram que as mulheres tomassem para si uma série de espaços públicos formando clubes de mães, associações de moradores e pequenas cooperativas. Com o Golpe Militar de 1964 vive-se um novo momento de recrudescimento. Em 1975 é fundado, em São Paulo, o

Movimento Feminino pela Anistia – ligado as idéias de 1945 – vindo a se constituir na primeira organização a levantar essa questão depois do Golpe de 64.

É, também no ano de 1975, que a ONU promove uma série de atividades discutindo as questões femininas e anuncia 1975 como o Ano Internacional da Mulher. No Rio de Janeiro acontece um encontro de uma semana, apoiado pela ONU e ABI – Associação Brasileira de Imprensa – que desencadeia a formação do Centro da Mulher Brasileira em dois Estados: Rio de Janeiro e São Paulo. Segundo Alves e Pitanguy (1991, p. 72) esse fator constituiu-se num “marco no sentido de se propor a atuar enquanto organização especificamente feminista”. Durante essa mesma década surgem dois jornais feministas: o “Brasil-Mulher” e o “Nós Mulheres” e, paralelamente os Movimentos Feministas florescem em diversos locais do Brasil, criando grupos com diferentes bandeiras e formas de atuação.

Entretanto, apesar de ter presente de maneira significativa a situação da subordinação das mulheres, durante os anos de 1970 o Movimento Feminista e a Igreja Católica eram parceiros junto aos conflitos de classes, a luta pela democracia e a oposição ao regime militar.

Conforme apontam Rosado-Nunes e Jurkewicz (2002, p. 19) foi em 1981, com a abertura democrática que o movimento feminista organizou a primeira campanha pela descriminalização do aborto, forjou e tomou os espaços públicos de debates defendendo a autonomia da mulher sobre sua vida e sexualidade. A Igreja que até então era uma aliada das mulheres para as questões relativas a creche, custo de vida, presos políticos, rompe de forma drástica e definitiva com o movimento feminista a partir dessas novas reivindicações.

Perpassam a segunda metade da década de 1980 os debates e a aprovação na nova Constituição Brasileira onde o movimento feminista consegue impedir a proibição completa do aborto ao mesmo tempo em que não obtém nenhum avanço além das possibilidades já previstas no Código Penal de 1940.

Durante os anos 1990 as organizações feministas voltam-se para as aprovações das leis orgânicas nos municípios, esforçando-se para incluir a prestação dos serviços de aborto legal nos hospitais públicos e, também, voltam-se para a questão da esterilização em massa (ROSADO-NUNES e JURKEWICZ, 2002, p. 23). Além disso, os espaços do controle social, experimentados através dos diversos conselhos, são reivindicados e ocupados cada vez mais pelas mulheres.

Portanto, os últimos 25 anos de movimentos feministas tiveram uma grande quantidade de bandeiras e lutas, dentre elas toma destaque a Saúde da Mulher, em seu interior está presente a discussão dos direitos reprodutivos e a reivindicação do aborto compreendido como um desses direitos.

1.4. Aborto: uma decisão difícil

Atualmente o conhecimento que temos é que as mulheres em geral possuem acesso amplo e irrestrito aos meios de anticoncepção como camisinha ou pílula anticoncepcional nos serviços públicos de saúde, principalmente postos de saúde. Desta maneira, quando uma mulher engravida sem ter planejado, foi por sua falta de cuidados. Esse pensamento nos leva a refletir sobre a situação:

1. a realidade nos mostra que nem sempre é fácil negociar com os parceiros o uso da camisinha, muitos homens (e também mulheres) não aceitam usa-la por diversos pré-conceitos que carregam consigo;
2. sabe-se que existem mulheres não adaptam-se a carga hormonal das pílulas anticoncepcionais e não podem utiliza-la;
3. outra questão é que nem sempre os postos de saúde estão próximos de casa ou do bairro, fazendo com que as mulheres tenham dificuldades em ir até o posto de saúde, pagar mais uma passagem de ônibus, encontrar o tempo para buscar camisinha ou pílulas entre o horário de um e outro trabalho;

4. Por fim, nas unidades públicas de saúde não existe uma continuidade da disponibilização das mesmas pílulas anticoncepcionais, fragilizando o acesso a esse meio contraceptivo

Com isso, nosso trabalho não quer colocar as mulheres numa posição de vitimização completa por ter engravidado sem ter planejado, obviamente ela deve prevenir-se e possui responsabilidade sobre seus atos; e, por outro lado, esse trabalho não pode desconsiderar a imensa fragilidade do acesso aos meios contraceptivos.

Tem-se clareza de que nenhuma mulher deseja, em primeiro lugar, fazer o aborto, ou seja, ninguém age de forma que planeje a situação hipotética: “vou engravidar para poder viver a experiência de um aborto”; a opção pelo aborto em qualquer circunstância é uma decisão difícil e que, a priori, elas não gostariam de estar vivendo aquela situação. Segundo as Assistentes Sociais entrevistadas nesta pesquisa os motivos apresentados pelas mulheres que necessitavam fazer o aborto foram os seguintes:

- *“A pobreza que estão vivendo”;*
- *“Os filhos que já possuem e a dificuldade para criar aqueles”;*
- *“A responsabilidade que é só sua de criá-los (cônjuge não divide essa responsabilidade);*
- *“As dificuldades para manter a saúde, escola, alimentação para mais uma criança e o desemprego”;*
- *“Não estar casada para que a criança tenha um pai”;*
- *“Não tinha planejado a gravidez, é indesejada”;*
- *“É portadora do HIV/AIDS”;*
- *“Marido não quer filhos (ou mais filhos)”;*
- *“Muito jovem para ter filhos naquele momento”.*

Primeiramente, reitera-se que fica visível o senso de responsabilidade apresentado pelas mulheres que argumentam necessitar fazer o aborto. Responsabilidades essas que extrapolam a questão do individual e envolvem outros filhos já nascidos e a dificuldade para a sustentação desses com sua alimentação, escola e saúde; tal situação, agregada às condições de exclusão social, pobreza e desemprego pelas quais estão passando reforçam a opção pelo aborto. Segundo Lagarde (Apud.

Lisboa, 2003, p. 18), no contexto da feminilização da pobreza as mulheres são as que mais trabalham, recebem o menor salário, enfrentam as maiores dificuldades para alcançarem o patamar de riqueza social, enfrentam mais privações e satisfazem em menor grau suas necessidades vitais.

Diante dessa realidade, a decisão do aborto em geral é tomada sob um ambiente solitário que recai apenas sobre a mulher e, nesse momento perpassam sob sua análise todo o contexto em que está vivendo e não somente o simples “não querer” de não ter aquela criança.

Foi exposto, apenas por uma entrevistada, o HIV/AIDS como um motivo para a usuária buscar o fim da gravidez. É citado o homem em duas situações: a necessidade da presença do pai para a criança e a rejeição da idéia de filhos (ou mais um filho) pelo marido.

Em relação as características sócio-econômicas das usuárias que procuravam informações sobre (ou necessitavam) fazer o aborto, algumas Assistentes Sociais apontam que:

- *“Uma situação de carência extrema, muita pobreza e famílias desnutridas. Mas os ricos também fazem abortos só que esses têm dinheiro e não enfrentam açougues, então ninguém nem fica sabendo porque corre tudo bem, não tem complicações, não ficam com hemorragias, não morrem como a classe pobre”;*
- *“O nosso público é de muita baixa renda. Os poucos casos que tive foram de pessoas muito pobres onde o passar fome é comum! Mulheres se submetem a serem espancadas pelo marido para terem o que comer;*
- *“A renda financeira é muito baixa, o desemprego na família é a realidade, a moradia é precária, não possuem acesso a serviços de qualidade”.*

Constata-se através destes depoimentos que a situação é mais grave para as mulheres com menor poder aquisitivo uma vez que, além de enfrentarem em maior grau a discriminação, também fazem seus abortos em condições muito piores.

Em um dos depoimentos citados acima aparece a submissão feminina à espancamentos do marido para manterem a relação conjugal em troca da alimentação mínima enfatizando, com isso, a gravidade da exclusão social e submissão pelas quais ainda vivem muitas mulheres.

Segundo a pesquisa realizada durante a produção deste trabalho, verifica-se que as mulheres enfrentam com muita responsabilidade a necessidade do aborto; em todos os casos de abortos induzidos devem ser levados em conta que a gravidez não foi planejada, portanto é, a priori, indesejada pelos mais diferentes motivos, inclusive entre as mulheres com poder aquisitivo e estabilidade financeira maiores que também optam pelo aborto, como pode ser ratificado e observado em na fala de uma entrevistada:

- *“Não é só a classe mais carente, a classe média e também a alta. Mas o mais comum nos abortos provocados são pacientes pobres, de bairros pobres que fizeram abortos clandestinos”.*

Na resposta abaixo, de outra entrevistada, podemos constatar que são as mulheres de baixa renda, em sua grande maioria, que param nas emergências dos hospitais com complicações em decorrência de abortos mal feitos e mal sucedidos:

- *“Aqui no hospital são pessoas pobres que vem, dizendo que não tem dinheiro para pagar a clínica clandestina e querem saber como fazer por conta própria, mais tarde encontro algumas dessas mulheres na emergência sendo internadas com o aborto em curso”.*

As mulheres que buscam fazer o seu aborto em clínicas clandestinas bem equipadas e com bons profissionais, pagam para isso um valor considerável (em Santa Catarina esse serviço custa em média R\$ 2.000,00) distante da realidade das usuárias dos serviços públicos de saúde conforme afirmam os depoimentos seguintes:

- *“Aqui nesse hospital os usuários são de uma classe que já tem uma certa autonomia financeira, mas ainda não tem condições de pagar uma boa clínica clandestina. Os miseráveis se viram sabe-se lá como, mas não tem acessos decentes”;*
- *“Esse hospital só atende pelo SUS, então quem vem aqui não paga plano de saúde, são pessoas muito pobres. Classe media e alta também fazem abortos, mas aqui os casos que vem são de pessoas pobres”;*
- *“São as mais pobres e com pouco grau de instrução, sem conhecimentos, pessoas realmente ignorantes e com muitas dificuldades de sobrevivência”.*

Em geral reafirma-se que um dos maiores motivos para as mulheres necessitarem fazer o aborto é a contundente exclusão social, falam em “*carência extrema*”, “*passar fome é comum*”, “*renda financeira muito baixa*” e mulheres que se submetem a “*serem espancadas pelo marido para terem o que comer*”. A degradação humana e a violência estão acirradas e fazem parte do cotidiano de milhares de mulheres. Entretanto esse não é o motivo principal que move a defesa da legalização completa e descriminalização do aborto – já foi levantado em diversos momentos desse estudo que trata-se da reivindicação de um direito reprodutivo das mulheres e que lhe fornecerá subsídios para a maior autonomia feminina, além do que contribuirá significativamente para diminuir os casos de mortes maternas em decorrência da criminalização do aborto.

2. Discursos e retóricas anti e pró-aborto

A legalização completa do aborto não assegura o fim das discriminações sobre as mulheres e profissionais que optam por ele ou aceitam realizar a intervenção cirúrgica. Essa situação pode ser verificada, através de uma pesquisa realizada sobre o aborto em Porto Rico (Colón et. alli, 1997) e cujo resultado demonstrou que, apesar de naquele país o aborto ser completamente legalizado, sofre continuamente um processo de deslegitimação, com a não prestação desse serviço na rede de saúde pública do Estado e com o freqüente fechamento de clínicas de abortos, ameaças aos médicos e técnicos e intimidação da mulheres. A análise da situação de Porto Rico permite verificar que a despenalização do aborto é uma condição necessária para estabelecê-lo como uma opção válida e viável para as mulheres que dele necessitam ou optam; mas a partir da análise daquela experiência, constatamos que a eliminação da proibição legal da prática não é suficiente para que a opção do aborto seja aceita pela opinião pública, institucional e governamental, como uma necessidade social e um direito das mulheres.

O estudo feito por Colón et. alli apresenta uma interessante classificação sobre as retóricas anti e pró aborto. Esta classificação vem ao encontro dos mesmos discursos proferidos aqui no Brasil por segmentos sociais como as igrejas, os movimentos feministas, as universidades, trabalhadores e trabalhadoras na área da saúde, parlamentares, organizações de LGBS (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Simpatizantes), partidos políticos, dentre outros atores da sociedade civil.

No discurso anti-aborto, estão presentes as definições conservadoras dos papéis de gênero, da sexualidade, da reprodução, da família e dos problemas sociais; defende-se a preservação da moral sexual e familiar já estabelecidas. Para a proibição do aborto, o principal argumento é a defesa da “vida do feto”, que se torna superior aos direitos das mulheres. (idem, p. 253).

Por sua vez, nas retóricas pró-aborto, os defensores da descriminalização completa do aborto, fundamentam seu principal argumento na reivindicação do direito ao aborto como mais um dos direitos reprodutivos das mulheres e todos os outros argumentos perpassam esse entendimento.

A seguir será apresentada uma síntese da classificação de Colon et alli por entender que a mesma traz uma contribuição significativa para análise em questão.

2.1. Retóricas ANTI-ABORTO

Assumidamente preocupados com a defesa dos direitos e da vida do feto, os setores que defendem a coibição e punição das práticas abortivas são, hegemonicamente, representados pelos segmentos religiosos, principalmente através da Igreja Católica. As mais emblemáticas retóricas desse setor são:

a) A defesa da vida desde a concepção - as teses fundamentalistas da Igreja Católica, de outras Igrejas, religiões e correntes conservadoras da sociedade como um todo, mas hegemonicamente dirigida pela Igreja Católica, buscam impor a todos a sua visão de que a vida começa no ato da concepção e somente Deus possui o direito de tirá-la. “O direito à vida apresenta-se

como um direito ao mesmo tempo, sagrado, natural e social. Ainda que a realização de um aborto possa conduzir ao alcance de certos bens, como a saúde ou a vida da mãe, ele é sempre injustificável” (ROSADO-NUNES e JURKEWICZ, 2002, p. 28).

Além disso, a Igreja Católica (juntamente com outras) tem interferido fortemente nos debates e aprovações de projetos de lei e implementação de outras, no cenário do Congresso, Senado e Judiciário Nacional. Geralmente sob o tema “da defesa da vida” a Igreja exerce influência com uma poderosa força política, “com capacidade de formar opinião pública, na medida em que possui uma rede nacional de púlpitos, influência na grande imprensa e setores governamentais” (PRADO, 1996, p. 20). Todos os outros discursos e retóricas anti-aborto relacionam-se, de uma ou outra maneira, à defesa da vida do feto.

b) Aborto - crime equivalente à eutanásia, infanticídio, escravidão, nazismo, holocausto - Ao compararem o aborto a esses crimes, os setores anti-aborto, argumentam que “o poder das mulheres de pôr fim a uma gravidez equivale a reconhecer que se pode reivindicar o poder de decidir quem tem valor social para viver” (Colón et alii, 1997, p. 258). Ou, então, que se é possível por fim à “vida do feto” pelo fato de que ele é totalmente dependente do corpo da mulher, também pode-se dar fim na vida de um doente, pois ele depende de outras pessoas, ou mesmo de uma criança já nascida uma vez que ela também é dependente de outras pessoas (idem, p. 259).

c) Negação da natureza das mulheres - defender a igualdade de gênero significa, para os anti-abortistas, contrariar a ordem natural da sociedade e da biologia; desta forma as desigualdades nas relações homem e mulher são naturalizadas e a maternidade é um pressuposto definidor das funções femininas. Existem leis que ditam padrões a serem seguidos e que dizem respeito a autonomia da mulher e sua condição nas relações entre os gêneros. Também utilizam-se do discurso sócio-biológico para se oporem à igualdade sexual e, sendo o corpo humano uma obra da natureza, “a doutrina da pessoalidade do feto está intrinsicamente ligada à visão da mulher-mãe” (idem p. 260), levantando, com isso, a culpa nas mulheres que decidem pelo aborto.

d) Restrição da liberdade reprodutiva das mulheres - a autonomia reprodutiva refere-se, neste momento, à opção de conceber ou não; fazer o aborto de um feto – que já foi concebido – não deve sequer ser levado a discussão. Por meio dessa visão restrita da autonomia, as mulheres deveriam ter controle absoluto sobre sua reprodução, ficando completamente imune a qualquer forma de violência sexual, falhas anticoncepcionais e acesso amplo aos meios de planejamento familiar.

Tais argumentos mostram-se muito distantes da realidade cotidiana das mulheres, além disso, “a integridade corporal das mulheres ficaria suspensa durante a gravidez” (idem, p. 261), ou seja, desde o início e durante o período de gravidez a mulher não pode mais decidir em fazer ou não o aborto, toda sua liberdade reprodutiva é anterior à concepção; depois de grávida está fadada à aceitação da gestação.

e) Aborto destruidor da moralidade sexual e familiar - a harmonia familiar está diretamente vinculada ao comportamento da mulher no interior desta família. A educação dos filhos, o cuidado com os afazeres domésticos, a disposição em agradar e servir ao seu marido, e o não questionamento no ordenamento dos padrões tradicionais, fazem parte do destino da mulher e é sua responsabilidade manter o ambiente doméstico ajustado. Com a gestação, o parto, a criação e o cuidado à família, a mulher poderá manter a harmonia e cumprir a sua atribuição familiar. “A defesa do feto-pessoa-humana, implica no corolário defesa da mulher-mãe, da integridade familiar, social e da moral sexual dominante” (p. 261).

f) Aborto, imposição imperialista e prática racista – Dizem, os anti-abortistas, que o aborto pode ser uma política internacional de seleção dos povos ou nacionalidades, imposto por outros países aos supostos países inferiores; assim o aborto atenta sobre a soberania nacional; ou então que é lucrativo aos interesses das indústrias farmacêuticas e não às necessidades das mulheres ou a sua valorização da maternidade (p. 262). Tais argumentos, segundo a autora, não são democráticos, mas sim pseudodemocráticos.

g) Aborto, causa de criminalidade e violência – é vinculado, através do discurso do respeito da “vida do feto” como vida humana, de forma abstrata vinculam o aborto com a criminalidade e a violência na sociedade como um todo. Assim, considera-se o aborto um crime, “expressão e causa da desintegração moral que dá origem à criminalidade e à violência na sociedade. Indica a perda de valores da maternidade como a entrega total e da família patriarcal como lugar de harmonia, apoio e ordem social” (p. 263). Por fim, com essa visão, responsabiliza as mulheres e o controle da reprodução, pelos graves problemas sociais, ocultando as desigualdades econômicas e sociais que são suas bases estruturais.

2.2. Retóricas PRÓ-ABORTO

Por outro lado, segundo a concepção pró-aborto, é responsabilidade da mulher grávida a decisão do aborto, baseada em suas análises, seus interesses, em sua consciência, tomar a decisão mais adequada para a sua própria vida já existente (p. 263). A questão moral, ética e biológica sobre se o feto é ou não um ser humano já formado, também são questionadas frente a obrigação que a mulher possui de levar a gravidez até o fim e alimentar um feto que não deseja entendendo tal tarefa igualmente de natureza moral e ética. Existe, ainda, a questão da mulher inserida no mundo do trabalho e, a imposição da maternidade obrigando-a deixar o espaço público ou ter duplas, triplas, jornadas de trabalho. As principais retóricas pró-aborto são:

a) Consequências da ilegalidade: morbidade e mortalidade de mulher por aborto inseguro - um dos mais fortes argumentos dos setores pró-opção é a denúncia de centenas de milhares de mulheres que morrem anualmente no mundo em decorrência de abortos clandestinos, além daquelas que ficam com seqüelas graves, até mutiladas, por terem feito aborto inseguros. A queda significativa da mortalidade materna em países onde o aborto foi legalizado é outro forte argumento que sensibiliza e coloca o direito ao aborto como uma questão de saúde pública e não um caso

criminoso. “Ao converter o aborto em um delito, não se impede sua ocorrência, apenas se causa a morte de centenas de milhares de mulheres” (p. 264).

b) Respeito à diversidade de posições e separação entre Igreja e Estado – a defesa de que o aborto seja legalizado completamente e feitos de modos seguros não tem como premissa que todas as mulheres devem fazer aborto (p. 265). A descriminalização legal e social do aborto apenas confere às mulheres, que por ele optam, fazê-lo em condições adequadas, atuando de acordo com suas crenças e situações. Essa concepção aceita a diversidade de opinião e não impõe o aborto, apresenta-o como um direito; a Igreja, ao influenciar diretamente a formulação das leis, dos códigos penais, além de intolerante, suas atitudes impositivas (impostas) são antidemocráticas e constituem-se num atentado contra a separação entre Estado e Religião(ões).

c) Reduccionismo biológico na defesa da humanidade do feto - as correntes que defendem a descriminalização do aborto, no interior desta mesma Igreja, argumentam que o zigoto, mesmo possuindo um código genético – o DNA -, não é suficiente para que ele venha a se formar uma pessoa. Além disso, o desenvolvimento do zigoto não ocorre “em um processo contínuo, pois, há mudanças qualitativas consideráveis no período embrionário. (...) Em termos morais, coloca-se em questão a validade da obrigação moral de favorecer o processo de passagem da potência ao ato (...)” (ROSADO-NUNES e JURKEWICZ, 2002, p. 41).

d) Humanização do feto implica desumanização da mulher - segundo Moraes (1996, p. 152), após a concepção não existe nenhum “bebê”, existe um conjunto de células, um embrião, daquilo que potencialmente se irá transformar vida humana e que para isso necessita de um ambiente especial e de condições particulares, que lhe são dadas pela mulher. O embrião não pode se desenvolver sem a mulher. Já existe uma vida humana formada que há que ter em consideração em primeiro lugar – a vida da mulher. Para a autora (idem, ibidem) “as condições éticas no que diz respeito ao direito à vida, em abstrato, não modificam o fato de que a vida fetal não é igual à vida pós-nascimento. O fundamental é preservar e cuidar da vida dos que nascem”, em virtude de todos as

problemáticas sociais, da insegurança no futuro e das condições concretas de vida de cada cidadã argumenta: “reconheçamos o direito da mulher de não ser mãe e, principalmente, o direito da criança indesejada de não nascer” (idem, ibidem).

e) Mulheres utilizam o direito ao aborto com responsabilidade – para os defensores do aborto como direito reprodutivo, interromper o potencial de desenvolvimento destas células não é um crime. É um ato de consciência de quem decide, por razões e motivos que a si dizem respeito, que aquele momento não é o mais adequado para gerar um filho. Aquilo a que alguns chamam de crime é um ato extremamente pensado e responsável, assim como, afirma Vianna (1996, p. 132), “de certeza, não é tomado de ânimo leve” e prossegue dizendo que o aborto, na grande maioria das vezes, só é feito quando a mulher chega conclusão de que é sua única alternativa e a decisão mais adequada (...). ”.

f) O corpo e a vida das mulheres são implicados na gravidez e maternidade - o direito ao aborto está fundamentado no fato de que a gravidez é um processo assumido exclusivamente pelas mulheres e a maternidade é uma atividade que lhes foi destinada histórica e socialmente. Desta forma, “os princípios sobre a moral não podem estar divorciados das condições sociais e das situações concretas em que fazemos determinações morais”. E, enquanto as gestações ocorrem nos corpos das mulheres, haverá a “necessidade de que as mulheres contem com o acesso ao aborto seguro e com o direito fundamental de decidir sobre o aborto. O critério principal para elaborar uma política pública sobre o aborto deve ser a proteção da vida e da saúde da mulher grávida” (Colón et. alli, 1997, p. 267).

g) Restrição de poder sobre o corpo violenta a integridade corporal feminina – a mulher detém o direito sobre seu próprio corpo e, com isso, é sua a decisão de prosseguir ou não com uma gravidez; forçar a mulher a levar uma gravidez não desejada até o fim constitui uma violação de sua integridade pessoal. “Estar-se-ia obrigando a mulher, no caso de uma gravidez indesejada, a subordinar todo o seu ser, começando pelo seu corpo, à sobrevivência de outra pessoa. Impor-se-ia, de fato que arriscasse sua vida e sua saúde por outra pessoa, algo que a lei não exige em nenhum outro caso” (REIFKHOL, apud. Colón et. alli, 1997, p. 269).

h) Ausência de poder sobre a capacidade reprodutiva limita a igualdade – as condições econômicas e construções sociais de subordinação da mulher dificultam falar em maternidade voluntária. Para Colón et. alli (1997, p. 269), as situações de desigualdade econômica, a dupla moral sexual e a violência contra as mulheres, além da falta de apoio e serviços sociais para a criação dos filhos e o cuidado com a família faz com que a maternidade seja vivida como uma limitação da capacidade de decisão sobre a sexualidade e a reprodução.

i) Restrição do direito ao aborto como controle da sexualidade feminina – ao proibir o aborto ou limitar sua legalidade, controla-se a sexualidade das mulheres e força-as a assumir a maternidade em relações heterossexuais. Para a sociedade em geral, a “imoralidade do aborto (...) depende do tipo de atividade sexual que provocou a gravidez: quando a mulher é ‘culpada’, por haver consentido uma relação, o aborto é inaceitável. É do acesso a essa vida sexual ativa, não necessariamente vinculada à reprodução, que pretendem privá-la, ao privá-la do direito ao aborto” (REIFKHOL, apud. Colón et. alii, 1997, p. 270).

j) Saúde e direito reprodutivos: elementos essenciais à qualidade de vida – ao defender o aborto como uma política pública de um direito reprodutivo, garante-se para as mulheres uma vida plena, em condições de promover o desenvolvimento mais amplo das capacidades e potenciais como seres humanos. Uma política pública de saúde que leve em conta a garantia de uma vida em liberdade, onde os seres humanos tenham controle sobre seu futuro e corpo, implica um ideal de vida amplo, dirigido “à garantir a saúde da mulher grávida, a proteção à qualidade de vida de todas as pessoas, a promoção da educação sexual desde a infância e do planejamento familiar voluntário” (Colón et. alii, 1997, p. 271).

Com a classificação feita por Colón et. alii, pode-se verificar a polêmica que é constante em relação à questão do aborto. Tal qual para Porto Rico vê-se muitas semelhanças com os debates travados no cenário brasileiro quando o tema é aborto. Os argumentos contra o aborto legal e aqueles em defesa da descriminalização e legalização completa do aborto são, praticamente, os

mesmos desses apresentados na pesquisa de Porto Rico. Permanece, no Brasil, a contraditória realidade entre o grande número de abortos praticados clandestinamente e as poucas possibilidades de fazê-lo na legalidade. Igualmente permanece o empenho dos movimentos feministas em ver aprovadas suas propostas de ampliação do direito ao aborto nos serviços públicos de saúde compreendendo-o como um direito reprodutivo. Entretanto, não se almeja uma transformação cultural e uma aceitação generalizada de tal compreensão, mesmo depois de aprovadas leis.

Na prática, tal qual ocorre em Porto Rico, em nosso país também existem uma série de direitos que não são respeitados e muitas discriminações que são depreendidas todos os dias. Em verdade, depois de aprovadas as leis, ainda existe o processo de aceitação e cumprimento que, por sua vez, são movimentos repletos de avanços e recuos dependendo dos movimentos sociais e vontades políticas.

CAPÍTULO SEGUNDO - O SERVIÇO SOCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO À QUESTÃO DO ABORTO

Neste capítulo primeiramente será apresentado o perfil das Assistentes Sociais entrevistadas durante a pesquisa e, posteriormente, através da análise do conteúdo de suas respostas conheceremos como as profissionais enfrentam a questão do aborto quando essa demanda surge em seu local de trabalho. No item seguinte vamos estabelecer uma reflexão acerca dos valores, da moral e dos princípios sócio-culturais e sua possível influencia sobre a Assistente Social, desencadeando o próximo debate sobre o tema do aborto e seus múltiplas determinações com a ética no Serviço Social. Para finalizar esse capítulo será debatido o processo de articulação entre as identidades pessoal, profissional e institucional no âmbito da ação da Assistente Social.

1. Caracterização do perfil pessoal das entrevistadas

Para caracterizar o perfil pessoal das Assistentes Sociais entrevistadas, procurou-se conhecer a idade, a religiosidade, o tempo de formada, o tempo de exercício profissional, o tempo de trabalho na mesma instituição e o estado civil.

Observou-se que apenas uma das entrevistadas estava entre 30 e 35 anos, oito delas estavam entre 35 e 50 anos de idade e uma tinha mais de 60 anos, fator que possibilita localizar a incidência de maior estabilidade profissional por parte das entrevistadas, uma vez que, dentre elas, todas prestaram concurso público depois de formadas e exercem a profissão há vários anos.

No que se refere à religiosidade, constatou-se durante o processo de pesquisa, em diversos momentos, a influência da Igreja, da religião ou da fé cristã, a partir da fala das entrevistadas:

- *“Respeito a particularidade, mas a individualidade e os valores do assistente social podem determinar os encaminhamentos, se ele é contra ou a favor do aborto, a religião também pesa bastante”;*

- *“(...) Os próprios profissionais da saúde discriminam quem vem com situação de aborto aqui no hospital, é uma questão que bate de frente com a moral e a religião de cada um, inclusive do assistente social...;*
- *“É um tema polêmico que envolve a moral de cada pessoa, nossa cultura cristã influência bastante e tem as questões pessoais...”.*

É importante apontar ainda que oito entrevistadas afirmaram possuir alguma crença religiosa. Essa informação é importante na medida em que nosso estudo relaciona-se diretamente com o entendimento do aborto como parte dos direitos reprodutivos e a Igreja é um dos mais fortes setores que se posiciona contra às práticas de abortos; nesse sentido, através da religião, a construção social da criminalização do aborto pode ser fortemente repassada às assistentes sociais, contribuindo na formação dos valores de cada indivíduo.

Cinco das assistentes sociais entrevistadas concluíram a sua graduação há mais de 20 anos. A atenção sobre essas informações é relevante, para esse estudo, principalmente para levar em conta os avanços e alterações ocorridas nos currículos dos cursos de Serviço Social bem como nos Códigos de Ética da profissão. Além disso, observou-se que seis começaram a exercer a profissão há mais de 15 anos, ou seja, antes de 1990.

Essa relação, entre idade / tempo de formação / exercício profissional, apesar de importante não significa que muitas dessas profissionais não pudessem estar acompanhando e, inclusive, contribuindo para os avanços nos currículos e linhas da profissão. O tempo de formação e exercício profissional podem vir estabelecer para as profissionais a responsabilidade e vontade para o envolvimento e atuação crítica no Serviço Social. Entretanto, durante a entrevista, em diferentes momentos, foram apontadas questões de dificuldades para a participação em cursos, seminários e até mesmo a leitura. Essa foi uma questão que não aparecia no roteiro de entrevista, mas repetidamente surgia durante a conversa. Argumentavam que, por um curto tempo depois de formadas, até participaram de eventos relacionados à categoria, depois, com o tempo, vieram os filhos, o

casamento, e a sobrecarga de trabalho e a vida particular dificultaram ou, em suas falas, “não permitiram” que continuassem a participar e se manter “atualizadas”.

A quantidade anos de formação está equiparada aos anos de exercício profissional: seis das entrevistadas exercem a profissão de assistente social há mais de 15 anos. Outras duas estão entre os 05 e 10 anos e mais duas ficam entre os 10 e 15 anos de exercício profissional. Ao mesmo tempo que, tanto para a Instituição como para a profissional é importante possuir anos de experiência no interior do mesmo local de trabalho, possibilitando conhecer profundamente o espaço de atuação, também devem ser levados em consideração a rotina que, na maioria dos casos, sacrifica a curiosidade, a elaboração e a novidade.

Com os anos de formação profissional e o tempo de exercício profissional, associados ao tempo de trabalho dentro mesma instituição (cinco das entrevistadas trabalham na mesma instituição há mais de 10 anos), sem esquecer a questão da idade, veio a “*acomodação*” e “*as coisas foram se acalmando*” nas palavras de algumas entrevistadas.

Segundo algumas falas, é difícil retomar esse envolvimento por que a rotina se impõe “*principalmente para nós mulheres*”. Essas falas nos fazem refletir sobre os papéis atribuídos às mulheres: ao mesmo tempo em que alcançam a formação universitária, o trabalho e, certa autonomia financeira (as mulheres, ainda, são menos remuneradas do que os homens), continuam sendo, essencialmente e salvo as exceções, são suas as atribuições dos afazeres domésticos e as responsabilidades com os filhos. No Serviço Social, os papéis atribuídos ao gênero feminino vão influenciar significativamente a formação continuada das assistentes sociais, pois a profissão é exercida hegemonicamente por mulheres. Segundo Nogueira a presença feminina no Serviço Social compreende “aproximadamente 90% de mulheres, que têm uma intervenção deveras importante na área social; que necessitam de um olhar amplo, sem discriminações, pois atuam em situações diversas e muitas vezes contraditórias, sendo imprescindível um conhecimento teórico e político da atividade do Serviço Social” (NOGUEIRA, 2002, p. 173).

As dificuldades encontradas pelas Assistentes Sociais entrevistadas frente a questão do aborto relacionam-se diretamente à necessidade, do que a autora acima chama, de “um olhar amplo, sem discriminações”. Como viu-se, em diversos momentos da pesquisa, a contradição do direito formal e do direito reivindicado em conjunto com a ética profissional e os valores individuais, a presença da moral e da religião, influenciam no atendimento às usuárias que chegam até a assistente social procurando informações ou caminhos para fazerem o aborto que afirmam necessitar.

Além dessa questão de gênero, também contribui para o pouco grau de formação continuada da maioria das profissionais, uma super-valorização da prática e o distanciamento da teoria. Algumas entrevistadas apontam que “*aqui na prática muitos discursos não se aplicam*”, enfatizando a não necessária atualização teórica para o exercício profissional. Essa perspectiva se confirma, também, pela pesquisa realizada por Vasconcelos com assistentes sociais, trabalhadoras da área da saúde pública, após detectar a presença do seguinte pensamento entre suas entrevistadas: “(...) para supervisionar há exigências de atualização, não é necessário o mesmo para o trabalho realizado com a população usuária do Serviço Social” (2002, p. 239), desta forma muitas alternativas que poderiam desencadear ações articuladas aos interesses e necessidades da população são relegadas ou sequer levantadas “não por displicência ou negligência, mas porque, freqüentemente, sem preparação ou com uma preparação teórica, ética e política frágil, não tem condições de cogitar o óbvio: analisar a realidade na procura de suporte e fortalecimento na viabilização da política social redirecionada em favor dos usuários e da saúde” (VASCONCELOS, 2002, p. 241).

Frente a essas questões percebemos que as dificuldades para a participação ativa, da grande maioria, das Assistentes Sociais entrevistadas para sua atualização profissional estão vinculadas de um lado pelos papéis de gênero socialmente atribuídos, pelas pressões do mundo do trabalho, e de outro lado, pela incompreensão da unidade entre teoria e prática no exercício profissional como pode ser comprovado na pesquisa de Vasconcelos ao expor:

“(...) para 39% dos assistentes sociais, a teoria não tem lugar, necessidade, valor, mérito ou interesse, ou seja, não há exigência de referencial teórico para se trabalhar como assistentes social; a teoria não é uma necessidade, não é indispensável. A miséria teórica no Serviço Social não se constitui numa preocupação na crítica e enfrentamento da miséria econômica, social, política, cultural” (idem, p. 349).

A autora afirma, ainda, que em sua pesquisa ficou claro o entendimento das Assistentes Sociais que “os autores é se distanciam da prática e não os assistentes sociais que se distanciaram da teoria, numa desvinculação total entre teoria e realidade, numa ausência total de racionalidade sustentando estas práticas” (idem, *ibidem*).

Desta forma, compreende-se que os esforços em se manter as atualizações teóricas estão vinculados a superação do entendimento mecânico que distancia o exercício profissional da teoria (alcançada apenas por algumas Assistentes Sociais entrevistadas), ao mesmo tempo em que devem ser consideradas as relações de gênero no espaço doméstico (de âmbito familiar) bem como no espaço público (do mundo do trabalho e arena política).

Se as responsabilidades com os filhos é uma realidade para as entrevistadas, pois todas têm filhos, o mesmo não se verifica acerca das relações conjugais, ou seja: seis das entrevistadas não estão casadas ou mantêm uma união conjugal.

Essa informação é bastante interessante sob o ponto de vista da autonomia feminina. A conquista do espaço de trabalho trouxe para as mulheres uma série de avanços e, dentre eles, a possibilidade de chefiar famílias (ou até optar por não formar famílias, não ter filhos, e viver só), apesar de não ser o caso da pesquisa, muitas mulheres chefiam as famílias com a presença de um homem (marido, pai, irmão) dentro da mesma casa. Segundo Szymanski (2002, p. 19) “a transformação das formas da vida conjugal manifesta-se pelo aumento da monoparentalidade (predominantemente feminina) e da taxa de divórcios e re-casamentos, com a conseqüente recomposição do casal”.

A primeira vista, num olhar menos apurado, a ascensão da mulher no espaço interno da família demonstra apenas o processo de empoderamento e novas conquistas para as mulheres; no

entanto, apesar de extremamente importante para novos passos na emancipação feminina, chefiar a família não, necessariamente, significa dizer que a opressão sobre a mulher foi superada. Muitas vezes as mulheres cumprem esse papel por períodos em que o homem está desempregado, no sentido de sustentar e manter a família naquele momento, estabelecendo...

“uma divisão complementar de autoridade em relação ao espaço doméstico: o homem é o ‘chefe da família’ e a mulher a ‘chefe da casa’ (....). A autoridade masculina está relacionada com o mundo externo e é abalada quando o homem não garante o teto e o alimento à família. Ficar desempregado é ‘desmoralizador’ para os homens, não tanto pelo fato de não exercer plenamente seu papel de provedor, mas porque numa cultura patriarcal é vergonhoso ser sustentado pela mulher” (LISBOA, 2003, p. 125/126).

Essa realidade nos leva a refletir acerca da precarização do trabalho e o fenômeno do desemprego: é de se questionar, por exemplo, a possibilidade da mulher estar trabalhando recebendo um salário muito inferior ao do homem no exercício da mesma função ou estar trabalhando essencialmente em serviços domésticos em razão da situação de “desempregado” do marido. Nesse sentido, chefiar a família para a mulher pode ser muito mais uma questão estrutural exigida pelo capitalismo em sua fase neoliberal do que a emancipação ou autonomia feminina. Trata-se apenas de uma breve reflexão que não podemos aprofundar nesse estudo e que demandaria uma nova e interessante pesquisa.

A análise do conteúdo das respostas obtidas através da pesquisa vai possibilitar a retomada de muitas dessas questões aqui levantadas, que serão apresentadas no próximo item desta dissertação.

2. A Assistente Social enfrentando a questão do aborto

Em relação ao possível recebimento, por parte das entrevistadas, de usuárias que vinham a procura de ver atendida sua necessidade do aborto, oito delas afirmaram já ter recebido essa demanda.

Porém esse expressivo número não se repete quando trata-se de quantidade de casos atendidos pela mesma profissional: apenas um delas afirmou ter recebido essa demanda 04 vezes na mesma instituição. Duas nunca atenderam e as outras sete entrevistadas receberam apenas até 3 vezes usuárias buscando informações sobre aborto. A maior parte das Assistentes Sociais entrevistadas estão exercendo a profissão há mais de 15 anos, 50% estão na mesma instituição há mais de 10 anos. Essa realidade nos leva a questionar os motivos pelos quais as Assistentes Sociais, que estão nos serviços públicos de saúde, principalmente hospitais, são tão pouco procuradas pelas usuárias que necessitam fazer um aborto.

Quatro das entrevistadas tiveram 03 vezes essa demanda repetida e duas delas nunca atenderam nenhuma usuária procurando informações sobre aborto.

As respostas desta pergunta, de certa forma, trouxeram uma frustração sob a compreensão de que o aborto é uma questão e necessidade de saúde pública. Portanto, os hospitais e os profissionais que lá trabalham seriam (ou deveriam ser) a melhor fonte de informações, por consequência, deveriam ser muito mais procurados pelas mulheres que necessitam fazer aborto envolvendo-o como demanda da saúde pública.

Depois de algum tempo de conversa informal, durante a entrevista indagava-se sobre quais as formas legais de aborto previstas no Código Penal, a surpresa foi que algumas Assistentes Sociais sequer tinham o conhecimento de que o instrumento jurídico que estabelece as possibilidades de aborto é o Código Penal. Entretanto, respondendo a questão sobre “quais as formas legais de aborto previstas no Código Penal?”, observa-se que várias profissionais entrevistadas baseavam suas respostas nos conhecimentos que possuem acerca da legislação, conforme relatos abaixo:

- *“Risco de vida para a mulher, estupro comprovado, e na jurisprudência a má formação do feto sem condições de vida depois do nascimento”;*
- *“Sim: em casos de estupro, risco de vida para a mulher e má formação do feto”;*

- *“Não é legalizado, só em algumas situações: risco de vida para a mulher (comprovado) e má formação do feto (comprovada)”.*

Outra importante constatação, obtida através do questionamento anterior, é que algumas Assistentes Sociais apontaram a discriminação sobre os médicos que fazem os abortos legais, sendo rotulados de “médicos aborteiros”, o que pode ser verificado nos seguintes depoimentos:

- *“Risco de vida para a mulher e estupro mas as vezes os médicos se recusam a fazer até nesses casos porque ficam taxados como médicos aborteiros... aqui teve 2 casos assim em 09 anos, mas a gente sabe que extra oficialmente eles se esquivam”;*
- *“Sei sim, são os casos de estupro, de risco de vida para a mulher e má formação do feto, tudo isso tem que ser comprovado, as vezes demora e até passa do prazo, e ainda tem que contar com os médicos que nem todos fazem aborto entram as aquelas situações de ética, moralidade, religião e até discriminação na classe médica: o médico que faz abortos, mesmo os permitidos pelos juizes, corre o risco de serem discriminados e rotulados como “aquele médico faz abortos”.*

A atitude da maioria dos profissionais médicos, em realizar os abortos autorizados juridicamente, nos leva a refletir acerca dos valores individuais, das discriminações sobre os profissionais e, principalmente a manutenção da opressão sobre as mulheres. De um lado estão a formação moral, os valores de cada profissional que, quando contrário ao aborto não executa o procedimento, mesmo aqueles abortos legalmente amparados e, ainda existem os médicos que não o fazem para manter a “boa imagem” e não serem “rotulados”. Essas duas atitudes estão permeadas de valores que foram sendo internalizadas pelo indivíduo durante toda formação de seu ser. Do outro lado está a mulher grávida, que conseguiu vencer várias etapas para chegar a um hospital com a autorização para fazer a interrupção daquela gestação não desejada. Conforme afirmou-se anteriormente esse direito não pode mais ser negado à mulher; o hospital deve dispor de profissionais que estejam dispostos e tenham a coragem de cumprir a autorização judicial e executar os procedimentos cirúrgicos para interromper a gravidez. Além disso também deve existir a capacitação técnica adequada para o

atendimento humanizado das mulheres que passam por essa situação, bem como dispor de todas as informações corretas e adequadas em relação a legislação.

Possuir propriedade no conhecimento sobre as leis é fundamental, entretanto no que se refere à questão do aborto, através das respostas abaixo, uma das informações que se pode retirar, ainda a partir da pergunta “quais as formas legais de aborto previstas no Código Penal?”, é que quatro das entrevistadas não sabem com segurança quais os casos de aborto permitidos, apesar de apontarem uma ou outra possibilidade legal:

- *“Não sei exatamente, casos de estupros comprovados”;*
- *“Não sei direito, qualquer coisa que apareça aqui pedindo essas informações encaminhamos para a Carmela Dutra que é a mais especializada em saúde da mulher”;*
- *“Não conheço muito, acho que é em estupro, violência e má formação do feto”;*
- *“Não sei direito... acho que é com o estupro... não sei, não é o cotidiano aqui desse hospital, mas sei tudo sobre o ECA (risos)”;*
- *“Nunca li a lei em si, mas acho que são: risco de vida para mulher e estupro”.*

Verifica-se, com essas respostas, a questão do insuficiente conhecimento e preparação profissional frente a possibilidade do aborto. Não se pretende advogar que todas as Assistentes Sociais devam ter conhecimentos amplos e irrestritos sobre a legislação, entretanto, como vimos através das entrevistas, as situações de aborto se apresentam nos serviços públicos de saúde de diversas formas: através da solicitação de abortos legais ou da necessidade de aborto que não está previsto no Código Penal, através de abortos espontâneos e em curso, por meio de abortos mal feitos quando a mulher chega na emergência hospitalar com hemorragias e outras complicações e até vindo a morrer em decorrência disso. Apontamos com isso que as diversas profissões da área da saúde, inclusive a do Assistente Social, que exercem suas atividades nesses espaços deveriam deter propriedade sobre os conhecimentos e informações amplas que estejam relacionadas com a saúde pública como é o caso das mais diferentes situações de aborto.

A formação continuada estaria contribuindo decisivamente para a obtenção e aprimoramento desses conhecimentos. Também foi percebida certa limitação, quando questionadas sobre o entendimento que possuíam sobre os direitos reprodutivos e sexuais. Quando indagadas acerca da compreensão que possuem dos direitos reprodutivos e sexuais, mesclaram-se compreensões simplificadas com algumas mais bem elaboradas; também aparece, pela primeira vez na entrevista, a questão da ética profissional e da moralidade ligada aos vínculos religiosos conforme depoimento abaixo demonstra:

- *“São direitos que vão desde a liberdade de escolha sexual, ser hetero ou homo, até o direito de fazer o aborto. Ou seja: na verdade os direitos sexuais são discriminados e os reprodutivos ilegais. A sociedade é muito hipócrita por que ficam falando de liberdade de escolha, na verdade forçam as pessoas a escolherem o que se queria há um século. As mulheres que escolhem pelo aborto sofrem preconceitos e discriminações da vizinhança, da igreja, existe uma moralidade muito cruel e nós assistentes sociais não escapamos dessas armadilhas, também nos escondemos atrás do código de ética, essa ética que fica confusa para nós, ao invés de nos ajudar atrapalha, confunde. A ética e a moral estão muito ligadas aos direitos sexuais e reprodutivos dentro de qualquer sociedade”.*

Essa fala chama a atenção frente a indignação da Assistente Social perante a “sociedade hipócrita” que tanto fala em liberdade e ao mesmo condena moralmente a decisão pelo aborto. A resposta também nos remete à pensar a disciplina de ética nos cursos de graduação, muitas vezes pouco valorizada e trabalhada por professoras/es com insuficiência teórica – prática para dirigir a disciplina, não fazendo a relação entre ética/moral/moralismo. Intrinsecamente à ética e moral percebe-se a menção da culpa, da educação repressora e da dificuldade do exercício dos direitos sexuais bastante associados às escolhas e orientações sexuais (homossexualidade e heterossexualidade).

- *“Depende muito da educação escolar, familiar e da sociedade em que se vive. A educação reprime muito, temos os direitos mas não usufruímos deles e ainda a mulher vive muito para os outros (o marido e os filhos), por exemplo: tem a questão da AIDs das DST e se o marido não quer usar a camisinha a mulher ainda se submete e também não usa. Acho que ainda não são respeitados os direitos sexuais e*

reprodutivos... seriam os direitos de ter os filhos quando quiser e ter relacionamentos sexuais livremente e ter acessos a todos os serviços de saúde”;

- *“A pessoa tem o direito de ter ou não filhos, avaliar sua situação, suas crenças, entram a questão da ética da vida da mulher apesar de o aborto ser um direito (considero um direito) as mulheres se sentem culpadas e sofrem e isso não deveria ocorrer, porque ainda quem tem que cuidar dos filhos pelo resto da vida é a mulher e não os homens; eles deveriam pensar mais nisso quando fazem leis restringindo os direitos das mulheres. Os direitos sexuais também ainda são discriminados, os homossexuais sofrem muito ainda”;*
- *“São aqueles direitos que tem que ser transformados em leis por que ainda não estão valendo mesmo, se fala em liberdade sexual e reprodutiva, mas ela é muito pequena ainda, a mulher deve poder escolher tanto se quer ter filhos ou não e se engravidar deve ter o direito de interromper a gestação de maneira não arriscada, é a sua vida que está em jogo”.*

Foram mencionadas várias vezes, pelas entrevistadas em suas respostas ao questionamento sobre direitos sexuais e reprodutivos a necessidade da existência de um planejamento familiar de qualidade associando-o aos direitos reprodutivos como pode ser constatado nas falas a seguir:

- *“Todas tem direito de escolher quando querem ter filhos; só que a exclusão social é muito grande e o planejamento familiar é muito falho. Os programas deveriam ser efetivos, funcionar de verdade, tem mulheres com 17 anos no segundo filho e isso não é mais exceção já é uma regra nas classes pobres; deve se implementar a educação sexual nas escolas, o HIV é cada vez mais freqüente em bebes de mães portadoras, então tem que ter a prevenção e o conhecimento sobre as DST”;*
- *“O direito sexual é o direito de escolher o parceiro e ter relações se quiser mesmo no casamento e o direito reprodutivo é a escolha de ter ou não um filho, engravidar ou não, mas tem o acesso ao planejamento familiar, a distribuição gratuita de camisinhas, DIU, as questões financeiras das famílias influenciam bastante no acesso a esses direitos”;*
- *“São direitos de acesso aos serviços; é um direito como outros. Não deve ser tratado como inédito. Se for tido como normal vai se respeitar. Consiste em ter planejamento familiar e acesso a prevenção à DST”;*

- *“Os reprodutivos são aqueles que a mulher escolhe quando quer ter filhos, entra o planejamento familiar, e os sexuais são aqueles que a mulher só mantém relações com o parceiro que quiser e quando quiser”.*

Por outro lado, surgiram respostas rápidas e com pouca reflexão; são consideradas simples, nesta análise, as respostas que se limitaram a afirmar que direito reprodutivo é escolher quando e quantos filhos se quer e os direitos sexuais são aqueles vinculados a orientação sexual conforme pode-se ver nas respostas abaixo:

- *“Toda a pessoa tem a possibilidade da escolha, ter direito é isso: ter quantos filhos quiser a hora que quiser”;*
- *“O direito sexual é a opção sexual, ser homossexual ou ser heterossexual e o direito reprodutivo é a escolha da gravidez só quando a mulher ou o casal desejarem. São as escolhas livres e conscientes”.*

Para exercício dos direitos sexuais devem ser observados os direitos de controle e decisão que as pessoas venha a tomar...

“de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas conseqüências” (IV Conferência Internacional sobre a Mulher, Plataforma de Ação, § 96).

Assim entendidos os direitos sexuais incluem, dentre outros, o direito a escolher a parceria sexual sem discriminações, expressando livremente a orientação sexual e sexualidade independente da reprodução, bem como o direito de viver a sexualidade sem medos, vergonhas, culpas, falsas crenças e outros impedimentos à livre expressão dos desejos e necessidades.

2.1. Riscos do aborto clandestino e a necessária legalização ampliada

Chamou-nos atenção, durante a pesquisa, as várias vezes em que foi levantada a questão de direitos que não são cumpridos ou são discriminados, trata-se da falta de aplicação das leis existentes.

Nos momentos em que aparecem as falas sobre a ética profissional e a contradição que envolve o fazer da Assistente Social, também são citados os valores, a moral e a religião influenciando no atendimento à possível necessidade do aborto. Entretanto, as normas, as regras, os valores e “missão”⁷ da Instituição (do hospital - seu local de trabalho) está muito presente na ação cotidiana. Tendo em vista que, juridicamente, o aborto é proibido – ou restrito aos Casos do Código Penal – fica limitada uma intervenção “aberta”, coerente com a liberdade que se fala em contraste ao discurso de uma sociedade que ainda “... *é muito hipócrita por que ficam falando de liberdade de escolha, na verdade forçam as pessoas a escolherem o que se queria há um século*” conforme argumenta uma Assistente Social entrevistada.

A falta de confiança em procurar a Assistente Social, uma das profissionais de saúde, que está nos hospitais, para a busca de informações seguras (é o que deveriam ter) também é apontada a partir das diversas vezes em que são citados os abortos clandestinos - “*por conta própria*” – ou quando afirmam que “*pouquíssimas procuram informações num hospital, elas podem ter essas informações com a vizinhança*” e, por conta das inadequadas condições em que os abortos são feitos chegam nas emergências “*quase morrendo, com hemorragias*”, conforme demonstraram as respostas advindas da pergunta “quais as principais dificuldades que uma profissional do Serviço Social enfrenta diante da questão do aborto?”

- “*Principalmente os abortos em curso, a maior parte das mulheres não vem para o hospital querer fazer o aborto, elas começam ele em locais clandestinos ou em casa, na casa de amigas, e depois, quase morrendo, com hemorragias, vem para a emergência*”;
- “*Não, nunca atendi ninguém, mas EU já passei por uma situação em que pensei estar grávida (mas não estava), é incrível como a gente encontra com facilidade clínica clandestina de aborto (com alto custo financeiro) e como se compra com facilidade o Cytotec no camelódromo*”.

⁷ Foi observado, durante as entrevistas, que na entrada de diversas instituições está fixado na parede a “missão” daquela instituição, por esse motivo optamos por utilizar esse termo em detrimento de outros que poderiam ser mais apropriados como objetivos ou finalidades da instituição.

Com essas respostas confirma-se, ainda, a gravidade da situação de clandestinidade do aborto não tendo o acesso qualificado à profissionais de saúde em locais onde o direito à saúde é (deveria ser) o centro da ação profissional. A realidade da existência tão comum e freqüente do aborto clandestino e as conseqüências para as mulheres que o fazem de formas inseguras e inadequadas podem ser observados em outros depoimentos para a mesma pergunta:

- *“Abortos com complicações, em curso, que vem para a UTI, a mulher chega aqui quase morrendo e ainda se culpa por ter feito um pecado”;*
- *“Principalmente quando geram a morte de adolescentes ou moças muito jovens que morrem em decorrência do aborto clandestino, caseiro, mal feito sem condições, são moças de 17, 20, 24 anos”;*
- *“Quando trabalhava em outro hospital que as mulheres eram internadas com aborto com seqüelas ou em curso, além de estarem muito mal fisicamente e psicologicamente as mulheres se culpam muito por fazerem, ou pensar em fazer, o aborto. Além disso, aqui é difícil quando (raras vezes) acontece de bebê recém nascidos com deformações em decorrência da tentativa frustrada de aborto são internados na UTI, mas aqui a gente nem entra na questão do aborto ou de a mulher ter tentado fazer”.*

Questiona-se: é salutar o fato de, em decorrência de abortos mal sucedidos, em casos de conseqüências para a saúde da mulher ou do nascimento de crianças *“com deformações”* a Assistente Social *“nem entra na questão do aborto ou de a mulher ter tentado fazer”*? Não disponibilizar atenção especial à demanda do aborto nas instituições públicas de saúde contribui para que, como foi apontada na fala de quase todas elas, a problemática da clandestinidade do aborto continue gerando conseqüências nefastas para a mulher chegando até a morte como demonstra a resposta abaixo relatada:

- *“Tem as profissionais do sexo que fazem abortos com mais freqüência, elas começam por conta própria, em casa, e depois acabam vindo para o hospital com seqüelas, é freqüente a morte por hemorragias causada por um aborto mal feito. É complicado por que as mulheres têm o direito de escolher se querem ter ou não filhos, a hora que quiserem, mas a lei proíbe essa escolha. Se fala em liberdade, liberdade, mas que liberdade? Uma lei ultrapassada que não reflete mais a realidade social ainda impede a livre escolha,*

deveriam ter o entendimento que a escolha pelo aborto é sempre difícil para a mulher, ela se culpa, ela sofre, mas se escolhe é por que é a melhor coisa para ela. A mulher sempre foi esquecida, deixada para depois, agora que ela trabalha, tem certa autonomia, ficam essas leis ultrapassadas colocando impeditivos, será que não percebem que quem decide pelo aborto o faz de qualquer jeito?”.

Também foi citada, com certa dose de indignação e ironia pelas entrevistadas, a questão das leis ultrapassadas e pensadas pelos homens para as mulheres. Ou seja: as leis que ainda vigoram não condizem com a realidade atual, com as conquistas e a autonomia feminina; isso faz com essa autonomia fique relativizada e mantenha a mulher sob os controles normativos do patriarcado estabelecendo até onde podem exercer com liberdade as suas decisões. No entanto existem profissionais que intervêm de forma crítica perante as leis vigentes:

- *“Quando a mulher quer fazer um aborto que não tem amparo legal, ao mesmo tempo que ela tem o direito de decidir sobre o seu corpo, a lei pensada e feita pelos homens proíbe ela”;*
- *“Aquela gravidez que já estão com 5 ou 6 meses a mulher ainda está tentando abortar, quando isso ocorre a criança morre, mas não nasce, aí elas vem para o hospital para fazerem o parto, tirar a criança já morta – é complicado aceitar isso até para uma assistente social, a criança já estava quase formada, por que elas não fizeram isso antes? Além disso elas tem um risco muito grande de vida, porque o bebe já estava grande; também a culpa que sentem é muito forte; é um sentimento bem controverso para elas e para eu”.*

A situação de criminalidade (da legislação vigente) aliada ao pecado (através do discurso da Igreja) sobre o ato do aborto, contribui para que a mulher sinta-se culpada, uma criminoso e pecadora, tenta esconder da vizinhança, família e familiares o que fez ou pensa fazer; quando não consegue sofre com as incompreensões, preconceitos e discriminações que sobre ela recaem, como pode ser observado na resposta carregada de incompreensão acerca da difícil escolha pelo aborto:

- *“Quando as mulheres querem fazer aborto aqui, mas nosso trabalho é justamente o contrario: é pela vida. O aborto é proibido, mas elas insistem”.*

Surgiu, novamente, em uma das falas acima, a difícil situação para a Assistente Social frente à questão do aborto: *“é complicado aceitar isso até para uma assistente social”* diz uma das entrevistadas e afirma: *“é um sentimento bem controverso para elas e para eu”*.

Como discutiu o item anterior, a profissional do Serviço Social também possui valores, cresceu na mesma sociedade das mulheres que necessitam fazer o aborto, uma sociedade dividida em classes, onde brancos subjuguem negros, a homossexualidade é discriminada e homens mantêm a opressão sobre mulheres. Portanto as Assistentes Sociais tendencialmente carregam consigo a marca de uma construção histórica de sua identidade. Na formação da identidade individual estão presentes as normas e os deveres, que são determinados a partir da socialização, reproduzidos...

“através dos hábitos e expressando valores e princípios socioculturais dominantes numa determinada época histórica. Possibilita que os indivíduos adquiram um ‘senso’ moral (referido a valores, por exemplo, a justiça), ou seja tornem-se conscientes de valores e princípios éticos. Ao serem internalizados, transformam-se em orientação de valor para o próprio sujeito e para juízos de valor em face dos outros e da sociedade” (BARROCO, 2001, p. 42).

Ao incorporarem certos papéis sociais, repetidos e normalizados na vida cotidiana, as escolhas deixam de ser conscientes, o que implica em não serem exercidas com liberdade. Ou seja: o que escolhemos, os valores, nossos comportamentos, nem sempre são escolhidos por nós conscientemente; na maioria das vezes, são por nós internalizados tendo em vista a repetição e conservação dos comportamentos.

Desta forma, quando são estabelecidos os padrões, as normas de comportamentos e os valores tidos como corretos, justos ou incorretos e injustos, os indivíduos escolhem dentre as opções que lhes são oferecidos e não criam – apenas escolhem o que está posto. Assim, são construções históricas que formam os valores e são agregados às identidades individuais. Portanto mudar leis antigas, transformar costumes e hábitos em novos comportamentos exige o esforço coletivo para a construção de uma nova cultura. Retirar o aborto da clandestinidade é necessário tendo em vista a situação de risco pelas quais passam as mulheres que optam por ele e não deixam de fazê-lo na medida em que tomam a decisão.

2.2. Garantir direitos é possível?

Tendo presente o contexto de exclusão social e de ordenamento neoliberal do Estado, pode-se compreender a dificuldade que as entrevistadas tiveram em argumentar quando se depararam com a seguinte pergunta: “como a Assistente Social pode garantir direitos?” Segundo várias profissionais, a Assistente Social...

- *“Não tem condições de garantir direitos, o estado não garante, o que está escrito em lei não acontece e os hospitais não tem leitos para todos, mas todos têm direitos e aí? Como garantir esse direito?”;*
- *“É difícil, acho que não pode garantir direitos. Talvez prestando esclarecimentos, informações, mas tem muitos direitos que não são cumpridos mesmo (alimentação, moradia, escola, saúde), a teoria é uma coisa, mas a vida real é bem outra”;*
- *“A situação é delicada porque as pessoas em geral ainda têm idéias conservadoras. O assistente social orienta e esclarece mas há dificuldades... como garantir direitos com tanta exclusão social?”;*
- *“Prestando as informações e mostrando os caminho dos direitos. Desmistificando a visão de que se reclamar não terá um bom atendimento”.*

Foi presenciada, nesse momento, uma sensação de impotência por parte das entrevistadas frente à tamanha exclusão social e inoperância de direitos mínimos. A resposta mais freqüente sobre a possibilidade de garantir direitos foi: *“prestando informações”* ou respostas similares a essa sempre com a presença da ponderação que é muito difícil para a Assistente Social garantir direitos.

No entanto, também observa-se argumentações críticas e o envolvimento político (diferente do militatismo) de algumas profissionais quando afirmam por exemplo:

- *“Pode garantir direitos na medida em que você se engaja politicamente, em que você contribui formulando e executando políticas públicas, faz parte de conselhos de direitos. Assim diretamente garantir atendimento público á todos, o direito ao aborto, garantir alimentação para todos, moradia para todos, isso o assistente social não tem como fazer, ninguém pode garantir isso – só uma revolução”;*

- *“Podemos dizer que participando politicamente podemos contribuir para garantir direitos, temos que participar formulando, executando e avaliando políticas nos espaços decisórios. Não adianta nada eu querer, sozinha, dar conta da fome ou dos medicamentos que cada pessoa que vem aqui no hospital precisa. A exclusão social é tão grande que é impossível uma pessoa garantir direitos... tem a fome, a moradia, a terra, o emprego, a saúde, a educação e o que vemos na nossa realidade?”.*

Essas respostas refletem e apontam a participação política (em conselhos ou espaço público) como uma das melhores formas de garantir direitos na medida em que estariam participando da formulação, execução e avaliação de políticas públicas. E, novamente aparece o Estado como espaço público que deveria garantir os direitos, mas também é incapaz diante da desobrigação e falência do setor público.

Através da afirmação seguinte, nota-se a importância do trabalho coletivo, dos estabelecimentos de parcerias para o fortalecimento das ações:

- *“Pode garantir direitos contando com uma equipe; garante direitos prestando informações e implementando serviços”.*

Diante das respostas descrentes sobre a possibilidade de garantir direitos, observa-se a realidade do trabalho em que cada entrevistada exerce sua ação. Quando o local de trabalho conta com várias Assistentes Sociais e uma equipe multidisciplinar, o sentimento de impotência frente às dificuldades tende a ser substancialmente superado.

Outra questão que ressurge, ainda na indagação sobre a possibilidade de a Assistente Social garantir direitos, é a relação teoria e prática, como pode se verificar através da resposta abaixo:

- *“Isso não se aprende na universidade, o estágio deveria ser maior, há uma grande dicotomia, uma separação entre teoria e prática. Aqui na prática muitos discursos não se aplicam, garantir direitos de que forma quando não se tem o que comer?”.*

Essa reflexão, feita pela entrevistada, levanta e, de certa forma, questiona o curto período de estágio influenciando no processo de aprendizagem. Segundo ela *“o estágio deveria ser*

maior” compreendendo que através dele as estudantes poderiam problematizar questões que os currículos, o conteúdo teórico, não consegue responder.

Vale mencionar que foi na indagação sobre a possibilidade da Assistente Social garantir direitos, o único momento da entrevista em que essa questão da teoria e prática foi levantada por algumas entrevistadas, com a conotação de que na teoria é uma coisa e na prática é outra. Entretanto, apenas para lembrar, no Serviço Social, em sua dimensão interventiva, a teoria é constitutiva da prática. Segundo Demo (2000, p. 49), “é fundamental que toda teoria seja prática; caso contrário, sequer teoria é, porque não se refere a possibilidades reais”. A leitura da sociedade deve levar em conta as diversas relações que são estabelecidas, umas em decorrência das outras, mas que, de maneira geral e a primeira vista, estão cada vez mais individualizadas; é necessário ir além da superficialidade. Tal leitura estará diretamente ligada às concepções teóricas, a identidade individual que trazemos e a identidade coletiva forjada pelo conjunto da categoria como poderemos constatar no item 5 deste capítulo.

2.3. Aborto – a contradição entre o direito formal e o direito almejado

Diante da pergunta sobre “quais as principais dificuldades enfrentadas pela Assistente Social com a demanda do aborto?”, foi citado, outra vez, o fato de o aborto ser ilegal *versus* o direito de escolha, ou a liberdade da mulher em fazê-lo. Essa contradição pode ser observada nas respostas até daquelas profissionais que disseram jamais terem atendido usuárias em busca de informações ou de necessitarem fazer o aborto como é o caso das duas falas abaixo:

- *“Apesar de nunca ter passado por essa situação, penso que é a contradição da legalidade x direito de escolha. O direito da mulher fazer o aborto e a lei que proíbe, então não é um direito”;*
- *“Nunca atendi nenhum caso, mas as dificuldades são de toda ordem: o aborto é ilegal, e quando se encaixa no casos legais entra a questão psicológica, da culpa, a mulher sofre muito com isso e com o*

setor clandestino, sofre discriminação e humilhações por ter escolhido fazer o aborto, e o assistente social tem que trabalhar essas questões que envolvem a ética profissional e a moral, são bem difíceis”.

Verifica-se de um lado algumas posições cômodas presas as leis e a situação de ilegalidade, e outras reflexões que demonstram uma posição crítica frente a complexidade de situações que envolvem a decisão do aborto. Através da resposta a seguir, podemos constatar, por parte de algumas Assistentes Sociais, um distanciamento da leitura real sobre a situação sócio-econômica da grande maioria da população e, principalmente das mulheres, além de certa incompreensão diante da questão do aborto:

- *“O mais difícil é fazê-las entender que tem outros recursos: pensão alimentícia, creches, apoio da família, aceitar a criança - a Xuxa foi um exemplo de que a mulher solteira pode ter filhos sem problemas. Mas quando dizem que não querem ter filhos, nós assistentes sociais, temos que respeitar, mas não podemos ajudar elas a fazerem abortos ilegais, é uma questão de ética profissional”.*

Para a entrevistada, que é contrária ao aborto, a mulher deve levar a gravidez até o fim e ficar com a criança depois de nascida buscando alternativas e cita o exemplo da *Xuxa* que, mesmo solteira encarou o desafio da gestação e de um filho. Essa compreensão é no, mínimo, pouco refletida sobre a realidade em que vivia a *Xuxa* frente a situação em que vivem as mulheres “comuns”, com dificuldades financeiras, desempregadas, com vários filhos ou extremamente jovens já grávidas. Se se quer analisar o momento profissional da *Xuxa* basta contextualizar a fortuna acumulada, o namoro e o preparo que teve ela para uma gravidez planejada e desejada; realidade muito diferente é vivida pela grande maioria das mulheres que necessitam fazer o aborto. Mesmo fazendo a escolha – difícil – do aborto, ainda persiste o sentimento de culpa é carregada depois de terem tomado essa decisão, como pode ser observado através dos depoimentos seguintes:

- *“O aborto é a perda de algo, mesmo aquela mulher que quis fazê-lo, sente-se culpada porque tirou um filho, é difícil encontrar uma mulher que fez o aborto e tem isso bem resolvido. Para o assistente social não é diferente, tem as questões éticas da vida, das nossas crenças, do que nós defendemos e não adianta*

dizer que isso não influencia nos nossos encaminhamentos e atendimentos, se eu sou a favor do aborto vou tratar de uma forma se sou contra vou tratar de outra, é uma questão de ética individual que se confunde com a ética profissional que fica restrita aos casos legais de aborto”;

- *“Tem a lei que proíbe, mas a mulher teria o direito se for verificar o desejo e a necessidade dela. Mas esse é um direito que o assistente social não pode garantir, tem leis que proíbem. Além disso, tem os valores, as crenças pessoais que vão influenciar no tratamento de uma questão como o aborto”;*
- *“A moral, a religião, a ética e as leis se mesclam. É bem difícil dar conta dessas contradições, porque eu defendo a liberdade da mulher, defendo a legalização do aborto como uma alternativa consciente das mulheres e não como método anticonceptivo, se fosse legalizados não teriam tantas mulheres sofrendo. Mas o assistente social acredita em suas crenças particulares, tem religião, tem a educação em que foi criado, então tudo isso influência e conta”.*

Nas respostas acima estão presentes as questões do direito formal e do direito almejado e em diversos momentos o aborto é colocado como ilegal, enquanto que, na verdade, ele não é completamente ilegal, pois existem os casos em que são autorizados ou não penalizados. Por outro lado, em várias falas fica claro a contradição entre a liberdade, o direito de escolha e a situação de restrição da prática do aborto. Por meio, principalmente, desta pergunta (além de terem surgido em diversos outros momentos conforme já foi relatado e analisado) considera-se alcançado um dos objetivos desse estudo que buscou analisar a postura do profissional de Serviço Social na contradição dos direitos, diante da questão do aborto.

Nas falas ainda para responder a questão sobre as principais dificuldades enfrentadas pela Assistente Social na demanda do aborto, são novamente mencionados o direito da vida do feto como um impeditivo para a mulher fazer o aborto; ressurgem a influência da religião, principalmente, quando se referiam às questões morais sobre a prática do aborto e aos direitos da vida do feto como pode-se constatar nos depoimentos abaixo:

- *“É um direito da mulher, mas entra a ética da vida do feto, nesse caso não pode dizer que ela pode fazer o aborto por aí, por que nós não podemos fazer o que a lei não permite mesmo que a mulher seja dona do*

seu corpo ela não tem o direito de abortar (ou tem?) por que a lei proíbe e não podemos fazer nada por ela que já está grávida, não podemos dizer como abortar”;

- *“É um tema polêmico que envolve a moral de cada pessoa, nossa cultura cristã influência bastante e tem as questões pessoais de considerar o feto uma vida ou não”.*

Paralelamente à “vida do feto”, percebe-se que, não aparece, nas respostas das entrevistadas nesse questionamento, nenhuma menção sobre a vida da mulher e a mortalidade causada pelos abortos clandestinos, atribuindo a mesma, parte da culpa. Diante disso confirma-se que...

“a questão do aborto, para a sociedade como um todo, parece estar ligada à problemática da moral sexual (...). Pelo pensamento dominante na sociedade, afeito aos padrões morais advindos do cristianismo, tal consequência (a mortalidade materna causada por aborto) tende a ser considerada como um castigo por sua atitude contrária aos dogmas religiosos, e não como consequência do aborto realizado em condições (...) sob pressões de diversas naturezas etc.” (PIOVESAN e PIROTTA, 2001, p. 172).

Com essa compreensão – do “pensamento dominante da sociedade” - restringe-se ainda mais as possibilidades de criar alternativas para situações contraditórias como são os casos de abortos não previstos no Código Penal e a necessidade de ter atendido um direito reprodutivo da mulher que optou por um aborto.

Quando as pessoas que buscam os serviços de saúde não têm atendidos os seus direitos buscam no setor do Serviço Social alguma possibilidade. Segundo algumas entrevistadas recai uma forte carga negativa sobre o trabalho da Assistente Social que exerce sua profissão nos hospitais e serviços públicos de saúde frente a grave situação de desmantelamento e escassez de recursos do SUS para atender toda a demanda que lhe apresentada, como pode ser constatado na resposta a seguir:

- *“É contraditório, primeiro quando a criança nasce com problemas porque a mãe tentou abortar... é revoltante. Depois quando a gente vai ouvir a mãe e vê que ela tem todos os motivos para fazer o aborto, para ela era o melhor mesmo... sempre passa por dificuldades e pensa que o melhor para a criança é não nascer mesmo. Eu escuto, tento encaixar a mulher num método contraceptivo, informo como prevenir novas gravidezes, dou folderes, mas ainda é pouco. O assistente social trabalha muito com a carga negativa: você houve toda a história sofrida daquele doente e depois vai dizer “sinto muito” o SUS não*

cobre, não tem remédio, entra na fila e fica 6 meses esperando.... é só “não” e “sinto muito” que digo!! Não volta ninguém dizendo “olha como estou bem”. Quando vem uma mulher pedindo informações sobre o aborto eu sou proibida de fazer a internação e procurar um médico para atender a mulher de forma digna, ela vai ter que se virar por conta própria e vai voltar para a emergência com hemorragias, com complicações, com fetos nascendo deformados por abortos em curso... isso é muito triste para o assistente social”.

A Assistente Social também é um ser socialmente construído e, portanto, com opções ídeo-políticas, que estão permeando o seu fazer profissional. Assim, é fundamental, para a práxis cotidiana, jamais perder de vista a observação das múltiplas determinações – da totalidade social – que envolve as mais “particulares” problemáticas trazidas ao Serviço Social. Tomar essa atitude leva em conta a saída do isolamento, de uma profissional que se vê sozinha para dar conta das demandas, para uma profissional que participa e busca construir alternativas de longo prazo e não apenas imediatistas. A questão do aborto, muito mais do que uma solução individual, influencia a vida das mulheres enquanto extrato social.

Conforme pôde ser visto no início deste trabalho, por mais importante e necessário que seja, não basta ter aprovado em lei o direito ao aborto como um direito reprodutivo das mulheres e dos casais no exercício da livre maternidade/paternidade. Isso ficou comprovado com o exemplo de Porto Rico onde o aborto é legalizado mas, continuamente discriminado – são perseguidos os profissionais que o fazem bem como as mulheres que optam por ele.

A forte influência que possui a Igreja (ou as religiões) sobre a população inserida, também, no interior do aparelho estatal, nos espaços decisórios legislativos e jurídicos, compromete o Estado democrático de direito e laico. Apesar das influências ainda incipientes que tem exercido as Católicas pelo Direito de Decidir constitui-se em um grupo contra-hegemônico dentro da Igreja que deve ser fortalecido inclusive pelos movimentos feministas, identificados, na sociedade civil, como o principal segmento defensor da descriminalização e legalização completa do aborto.

Através da pesquisa verificou-se que as Assistentes Sociais possuem uma compreensão ampla de saúde, entendem o Estado como o responsável pela garantia do acesso à saúde e, vêem a saúde como um direito (e não um serviço). Acreditam que, ao descriminalizar e legalizar o aborto, muito menos mulheres morreriam em decorrência dos péssimos procedimentos adotados em abortos caseiros ou clínicas clandestinas. Por outro lado, apontam num planejamento familiar efetivo e eficaz como a principal saída para evitar a gravidez indesejada e por consequência a necessidade do aborto.

2.4. A importância do trabalho multiprofissional

Outra problemática apontada durante a entrevista relaciona-se à hierarquia e à autoridade do profissional da medicina nos hospitais:

- *“As restrições da lei que autoriza o aborto legal só em 02 casos, a não preparação na graduação para esses tipos de situações e a autoridade do médico como um ser superior que retira do assistente social a possibilidade de fazer o seu trabalho com pacientes relacionadas ao aborto”.*

Não raras vezes ouve-se a referência ao médico como a pessoa de maior confiança, principalmente das classes médias que estão, em grande parte, dependentes de consultas médicas semanais, de medicamentos, tornando-se hipocondríacos. Em relação ao Serviço Social, Vasconcelos (2002, p. 190) afirma que sua organização freqüentemente está subordinada “à assistência médica individual à doença” que “determina a forma como o Serviço Social necessita ser organizado”. É salutar reafirmar o processo de empoderamento que deve passar a Assistente Social como profissional que é. A capacitação técnica individual, a identidade coletiva agregadas à iniciativa, firmeza e posições claras, são fundamentais para conquistar cada vez mais respeito diante de outras profissões e espaços institucionais e políticos da sociedade em geral. No interior desta questão, está relacionado o trabalho multiprofissional, pois, conforme adverte Vasconcelos, é impossível para a...

“assistente social apropriar-se, de uma vez e isoladamente, do complexo que representa seu objeto de trabalho, se tomado como expressão da totalidade social (...). Por outro

lado, também é verdade que, quanto mais articulado e informado for o Serviço Social/assistente social/equipe, mais possibilidades terá de caminhar na direção proposta; mais rico será o trabalho realizado” (VASCONCELOS, 2002, p. 476).

A necessidade de uma equipe, ou de programas multiprofissionais, surgiu durante a pesquisa como pode ser observado no depoimento abaixo ao mencionar:

- *“Falta de apoio para montar programas multiprofissionais que atendam as necessidades das mulheres que fizeram abortos caseiros e vem para a emergência com seqüelas, elas tem o direito de serem atendidas de forma diferenciada é a questão da equidade, elas precisam de uma atenção melhor para trabalharem com as suas realidades específicas e a questão psicológica da culpa”.*

Através dessa resposta verifica-se que, na opinião da Assistente Social, o trabalho multiprofissional adquire uma amplitude que busca garantir a equidade nos atendimentos que devem ser oferecidos para a mulher que passou pelo (ou necessita de) aborto. Contando com uma equipe a “paciente” deixaria de ser atendida da mesma forma, com os mesmos procedimentos, que outro paciente, com outras necessidades, é atendido. Portanto, o direito à saúde (entendido como tal) deve garantir a equidade em três esferas: da quantidade, da qualidade e da especificidade. Pela quantidade entende-se que deve ser oferecido mais para aqueles locais ou setores onde a demanda é maior; pela qualidade compreende-se o nível de complexidade das demandas; e, pela especificidade, orienta-se a necessidade de cada situação.

Desta forma o trabalho multiprofissional deve ser buscado pelas Assistentes Sociais a fim de construir os espaços da intervenção profissional frente a questão do aborto contando com profissionais da área médica, psicológica, jurídica, dentre outras e, muito especialmente coordenadas pela Assistente Social levando em consideração sua formação técnica para situações contraditórias e que possam contar e coordenar equipes multiprofissionais.

2.5. Ausência de políticas públicas na área da saúde para freqüente demanda de abortos

Ao mesmo tempo em que o aborto é considerado crime e ilegal, ele continua sendo praticado; com isso os serviços públicos de saúde devem estar preparados para receber e prestar o atendimento às mulheres que chegam às emergências com seqüelas dos abortos clandestinos. Portanto o fato de o aborto ser ilegal (salvo as exceções do Código Penal) não justifica a inexistência de políticas públicas de saúde para essa questão.

Através das respostas obtidas, ainda, com a pergunta “quais as principais dificuldades enfrentadas pela assistente social com a demanda do aborto?” é constatado, também, que a maioria das entrevistadas apontaram, de uma ou outra forma, a ética profissional, os valores individuais, a moral e a religião, influenciando o atendimento e as possíveis ações que envolvem o aborto como se viu tanto nas falas anteriores como nessas abaixo relatadas; porém observa-se o apontamento de políticas públicas necessárias para as situações de abortos nas respostas seguintes:

- *“Pelo fato de o aborto ser ilegal e quem quer fazer o faz de forma clandestina, como eu disse antes: se o aborto fosse legalizado muito menos problemas aconteceriam com as mulheres por que ele não deixa de existir sendo ilegal, ele é mal feito e deixa conseqüências graves para as mulheres. Sobra muito pouco para o assistente social oferecer alguma alternativa para a mulher que precisa ou quer fazer o aborto, eu digo que é ilegal, que não podemos fazer nada por ela aqui no hospital, e que é arriscado para a saúde dela fazer de forma clandestina sem cuidados. Tento refletir com ela sobre a situação, mas não posso dizer faça assim ou assado, é ilegal e é nisso que tenho que me basear”.*

Esse depoimento demonstra que a entrevistada tem conhecimento que faltam políticas públicas na área da saúde para a questão do aborto e, também, está ciente de que muito pouco possui de preparo na graduação para o enfrentamento dessa demanda. Essa realidade pode ser observada na fala de outras entrevistadas:

- *“Falta para nós programas específicos para esses casos, falta políticas voltadas para essas mulheres, falta preparo profissional de nossa parte durante a graduação, deveríamos ter mais aulas sobre ética*

profissional e realidade social por que o aborto entra aí, ele é proibido e nós temos que trabalhar com a ética profissional que envolve a lei (só podemos ir até onde as leis permitem), mas ao mesmo tempo a mulher tem o direito de escolher se quer ou não ter filhos e não existem programas descentes de planejamento familiar que prepare e forneça as condições para que nenhuma mulher engravide sem querer, e ainda tem aquela história das nossas crenças religiosas, da nossa moral, moralidade, certo e errado, tudo isso influencia e dificulta. É confuso, mas é isso”;

- *“Você sabe que a mulher tem esse direito, mas eu não posso dizer como e onde ela pode fazer o aborto por que se isso gerar seqüelas para ela, pode haver uma denúncia de que eu encaminhei ela para aquela decisão. Se fosse legalizado poderíamos encaminhar aos hospitais públicos para fazerem os abortos com segurança como se fazem as cirurgias”.*

A falta de locais adequados para a realização dos procedimentos cirúrgicos de um aborto gera inseguranças para a Assistente Social, mesmo que ela concorde que a melhor alternativa para a usuária é o aborto, mesmo que seja favorável a esse direito como um direito reprodutivo das mulheres, a situação de ilegalidade limita a intervenção profissional e mantém as contradições conforme depoimento a seguir:

- *“É essa contradição do direito sobre o corpo, o direito de escolha e a lei que é o direito escrito proibindo; então fica a questão: qual direito? E o assistente social tá aí nesse meio. É bem complicado, por que entram a ética profissional, que a moral religiosa que todos têm, isso influencia e dificulta um atendimento sem preconceitos nos casos de abortos, só aquelas assistentes sociais que defendem o direito de aborto podem trabalhar melhor isso com uma paciente que quer fazer ou já fez o aborto”.*

Não podem ser desconsiderados e ressaltados que houve inúmeros e importantíssimos avanços conquistados em termos de políticas públicas e planejamento familiar por meio do PAISM, da Constituição de 1988, das NOB/SUS, ainda assim, a partir das respostas obtidas na pesquisa, podemos apontar algumas demandas de políticas públicas de saúde para as mulheres que necessitam fazer o aborto:

1. A principal questão é retirar a criminalização sobre a prática pois, conforme argumentou uma das entrevistadas *“a mulher quer fazer um aborto que não tem amparo legal, ao mesmo tempo que ela tem o direito de decidir sobre o seu corpo a lei pensada e feita pelos homens proíbe ela”*;
2. Disponibilizar informações seguras sobre todos os tipos de aborto e suas consequências, como uma normalização dos estabelecimentos públicos de saúde entendendo que aqueles são os locais adequados para as mulheres procurarem informações, diferente da realidade citada na pesquisa: *“pouquíssimas procuram informações num hospital, elas podem ter essas informações com a vizinhança”*, na rua, sem procurar uma autoridade;
3. Pensar em *“programas multiprofissionais que atendam as necessidades das mulheres que fizeram abortos caseiros e vem para a emergência com seqüelas, elas tem o direito de serem atendidas de forma diferenciada, é uma questão da equidade, elas precisam de uma atenção melhor para trabalharem com as suas realidades específicas e a questão psicológica da culpa”*, conforme muito bem argumentou uma das entrevistadas;
4. Legalizar o aborto, no interior do planejamento familiar e reprodutivo como diretriz fundamental, compreendendo-o enquanto uma política pública necessária e um direito reprodutivo da mulher, uma vez que, na fala de uma Assistente Social *“se o aborto fosse legalizado muito menos problemas aconteceriam com as mulheres por que ele não deixa de existir sendo ilegal, ele é mal feito e deixa consequências graves para as mulheres”*.

Garantir o planejamento, implementação, continuidade e respeito à essas propostas de políticas públicas é condição básica para o exercício pleno da cidadania das mulheres.

2.6. Instrumentos utilizados pelas Assistentes Sociais frente a demanda do aborto

Verificar os procedimentos interventivos das assistentes sociais, a partir da reivindicação das mulheres, apesar de estarem apontados em diversos momentos, foi um dos objetivos abordados na pesquisa de forma mais direta através de uma pergunta: “Em que consistem as suas

intervenções, quais os procedimentos que você faz, frente a solicitação do aborto?” e, mesmo as duas entrevistadas que disseram nunca terem atendido a demanda do aborto, deram os seguintes depoimentos:

- *“Para fazer um aborto é mais fácil encontrar informações na rua e não num serviço público, numa instituição, todos sabem que é proibido então não vão procurar uma “autoridade” para fazer aborto, acho que é por isso que nunca atendi ninguém nessa situação e se acontecesse... não sei, vou pensar nisso a partir de agora !”;*
- *“Nunca me aconteceu... de que forma poderia ajudar? Eu iria conversar com alguma profissional da psicologia para ver como encaminhar isso. Acho que orientaria que a mulher conversasse com o seu medico particular, com sua ginecologista, consultar um psicólogo, se fosse menor de idade eu encaminharia para a instituição adequada”.*

Novamente a prestação de informações e esclarecimentos é a principal forma encontrada pelas entrevistadas para responderem a demanda do aborto. Algumas tomam posições cômodas como informar que é ilegal, que não podem fazer nada, ou encaminhar diretamente para outros profissionais ou instituições (psicólogos, médicos, Maternidade Carmela Dutra) como pode ser visto nas respostas:

- *“Não podemos fazer muita coisa, é proibido. Nem entro na defesa contra ou a favor, já encaminho para a Carmela Dutra. Poucas pessoas procuram o assistente social ou o hospital para fazer aborto, as informações elas procuram extra oficialmente e fazem os abortos de qualquer forma até com falta de higiene, sem cuidados. Como todo mundo sabe que o hospital não faz abortos então vão direto para o Camelô comprar Cytotec ou clínicas clandestinas, não precisam ir num hospital se informar para isso”;*
- *“Eu informo as pacientes que isso é proibido, que só pode fazer aborto se ela for estuprada, que não é assim: engravidou e faz o aborto. A Carmela Dutra tem planejamento familiar, distribui camisinhas, coloca o DIU, diafragma, tudo gratuitamente, se engravidou é porque não procurou esses serviços. Como vai ser , vai abortar sempre? Tem que se cuidar para não engravidar”.*

É pois, no mínimo, insuficiente informar as pacientes que *“isso é proibido, só pode fazer aborto se ela for estuprada, não é assim: engravidou e faz o aborto...”*. Essa posição não leva em conta a complexidade da situação para a mulher que chegou à conclusão de que necessita fazer o aborto.

Outras Assistentes Sociais, além de prestar informações, apresentam como uma das alternativas para evitar o aborto que a mulher deixe a criança para a adoção depois de nascida como pode ser observado nas respostas abaixo, entretanto não mencionam o fato de a mulher não querer levar a gravidez até o fim e arcar com todas as demandas que uma gravidez exige.

- *“Informei sobre as leis, que era arriscado fazer ilegalmente. Estabeleci uma reflexão sobre a situação e a possibilidade da adoção depois do parto, encaminhei para o pré-natal no posto de saúde. E fazer o que mais? É ilegal! Não posso pedir para um medico fazer de forma digna para aquela mulher!”*;
- *“Eu explico que é proibido fazer o aborto fora dos casos previstos em lei e que a mulher pode deixar a criança para a adoção se ela não quiser. Tento esclarecer sobre a prevenção de novas gestações e oriento ela a fazer o pré-natal particular ou nos postos de saúde. Mais do que isso não posso fazer, não tenho como dizer “olha tem uma clinica clandestina” ou dizer “tome tal chá ou Cytotec”, isso pode ter conseqüências graves para mim enquanto profissional. Mas tem poucos casos, porque as mulheres que querem fazer o aborto sabem que o hospital não faz, então nem vão procurar se expor para o Assistente Social ou outro profissional, vão se virar como podem para fazer o aborto e fazem”*.

Em contrapartida, também, foram dadas respostas que estabelecem uma reflexão abrangente e que fazem a relação entre as leis, a situação da mulher grávida e tentam estabelecer uma reflexão com a usuária frente a situação que se encontra, os riscos de um aborto inseguro e suas alternativas, como é o caso das falas relatadas a seguir:

- *“O assistente social deve dar todas as informações sobre a situação, esclarecer sobre os amparos legais, as leis formais, os direitos de escolha e decisão que a mulher pode fazer, os riscos dos abortos clandestinos e mal feitos e o que fazer quando o aborto foi mal sucedido (ir para a emergência hospitalar). Eu não digo*

“faça” e “faça desse modo” por que não posso, é ilegal, vai influenciar na minha vida profissional se algo acontecer com aquela mulher”;

- *“Informo como é complicado porque não está enquadrado no Código Penal, dependendo da situação sugiro uma conversa com médico ou psicólogo para uma decisão mais consciente. Tento buscar fornecer todas as informações possíveis de suas alternativas. Tento decodificar preconceitos dentro da própria equipe e mostrar como é difícil ser mãe hoje”.*

Esses depoimentos demonstram uma postura reflexiva e dialógica entre a Assistente Social e a usuária na busca das possibilidades que melhor lhe caberão frente às dificuldades que enfrentará a mulher que foi em busca de informações sobre como fazer um aborto. É interessante observar que em nenhum momento as entrevistadas citaram o serviço do Protocolo de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual e a Rede de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual no Município de Florianópolis como forma de chegada ou encaminhamento das mulheres que buscam informações sobre aborto. O Protocolo são as ações propriamente e a forma como funciona a referida Rede que, por sua vez, é composta por todas as instituições⁸ que prestam o atendimento às vítimas de violência sexual.

Mesmo não tendo o conhecimento sobre o serviço do Protocolo e a Rede de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual no Município de Florianópolis, várias Assistentes Sociais utilizam como instrumentos de intervenção: os encaminhamentos para instituições que consideram *“mais adequadas”*, a prestação de informações, a postura dialógica e reflexiva diante da situação contraditória do aborto como é colocado na resposta:

- *“Tento refletir sobre toda a situação que envolve um aborto, sobre os casos legais e a situação de proibição, tento conversar sobre os direitos de escolha que a mulher tem e os riscos de um aborto mal sucedido. Falo que se ela fizer o aborto por conta própria em qualquer complicação ela tem o direito de ser atendida numa emergência médica e é para correr para lá. Mas não posso falar como e onde fazer o*

⁸ Podemos citar algumas instituições que fazem parte da Rede de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual: Hospital Universitário da UFSC, Hospital Infantil Joana de Gusmão, Maternidade Carmela Dutra, postos de saúde, centros comunitários, Instituto Medico Legal, Delegacias de Polícia em Geral e 6ª Delegacia de Proteção à Mulher, dentre outros.

aborto por que é ilegal. Na verdade não é um direito, apesar da propaganda emancipação e liberdade feminina”.

Apontar a reflexão acerca da situação em suas múltiplas determinações é fundamental e, em praticamente todas as questões, o procedimento mais acertado. Em relação as diferentes situações de solicitação de aborto, faz-se necessário estabelecer alguns passos a serem seguidos pela própria instituição de saúde onde as usuárias poderão buscar auxílio para ter atendida sua escolha. A responsabilidade com tal demanda de saúde pública e direito ainda sendo reivindicado não pode continuar recaindo sob os ombros de profissionais de forma individual (médica/o ou assistente social ou psicóloga/o ou enfermeira/o ou outra/o profissional). Trata-se de uma demanda que vem sendo apresentada há quase três décadas e o seu não atendimento vem demonstrando o crescente quadro de mortalidade e morbidade materna que tornou-se, como já foi apontado, um grave problema de saúde pública, devendo ser compreendida como uma questão coletiva.

2.7. A questão do aborto e da ética profissional segundo as entrevistadas

A pergunta “quais as principais dificuldades para uma Assistente Social enfrentar a questão do aborto?”, no roteiro da entrevista, estava precedida da indagação sobre a possível relação entre ética profissional e a questão do aborto; isso, talvez, tenha chamado a atenção da entrevistada e rapidamente associado como uma dificuldade a mais envolvendo a questão do aborto. Essas respostas são apresentadas a partir do questionamento: “você acha que a questão do aborto tem relação com a ética profissional?” Todas as entrevistadas disseram “sim” e complementaram com comentários tais como:

- *“Se relaciona com a ética dos direitos e a ética do Serviço Social que tem como base os direitos humanos, de cidadania. No caso do aborto é uma contradição muito forte onde questões pessoais do assistente social entram em jogo (religião por exemplo)”.*

A ética profissional e os valores individuais estão permeados da construção social de cada uma das entrevistadas. Todas afirmaram que os valores individuais influenciam na intervenção, no entanto ficou demonstrado que algumas associam a ética profissional às leis vigentes:

- *“Temos que garantir direitos, liberdades, cidadania. Mas o aborto é ou não um direito? Tem o Código Penal, tem os direitos humanos, tem a exclusão social (ninguém, por lei, poderia passar fome!). Os próprios profissionais da saúde discriminam quem vem com situação de aborto aqui no hospital, é uma questão que bate de frente com a moral e a religião de cada um, inclusive do assistente social. Acho que o assistente social que ficar preso no que diz a lei ou pode ir além? Cada um tem sua própria ética”;*
- *“Em função da clientela, muitas pessoas utilizam o aborto como método anticoncepcional. A questão da ética está muito mais ligada aos problemas de critérios, valores pessoais. Não se pode dizer “você tem o direito de fazer o aborto” é ilegal!! O Código de ética é vago sobre isso, fala de cidadania e direitos humanos, mas como fica essa questão que é uma questão de cidadania da mulher e ao mesmo tempo e proibido por lei?”.*

Outras associam a ética diretamente aos valores e moral, falando quase como se fossem sinônimos conforme aponta as respostas seguintes:

- *“Respeito a particularidade, mas a individualidade e os valores do assistente social podem determinar o encaminhamentos, se ele é contra ou a favor do aborto, a religião também pesa bastante”;*
- *“Tem a questão da moral que influência, como eu disse antes: nós, cada um, tem seus valores, se eu acredito que o aborto deve ser proibido por que sou religiosa então na minha prática vou defender isso”.*

Para o Código de Ética do Assistente Social, “a ética deve ter como suporte uma ontologia do ser social: os valores são determinações da prática social, resultantes da atividade criadora tipificada no processo de trabalho (...) que o ser social se constitui, se instaura como distinto do ser natural, dispendo de capacidade teleológica, projetiva, consciente (...)” (CFESS, 1993, p. 10).

Sendo a Assistente Social um profissional, como já foi dito, vulnerável - tanto quanto outros profissionais - às exigências do mundo “moderno”, também ela absorve os valores, as normas, os comportamentos da sociedade em que vive. Neste sentido pode ficar num constante re-

produzir; mas, por outro lado poderá desenvolver sua ação profissional de forma a elevar sua capacidade crítica, tomando uma nova atitude e criando em sua intervenção cotidiana “uma nova relação com as políticas sociais, tendo como referência o sujeito coletivo, com direitos de cidadania, direitos reclamáveis e não concedidos ao sabor da caridade, do clientelismo ou da necessidade de melhorias situacionais, residuais” (JUCÁ, 1997, p. 47).

A profissional do Serviço Social está inserida na saúde pública como um de seus profissionais e, os princípios ético-políticos da profissão coadunam-se com o projeto de reforma sanitária⁹, pois ambos estão “voltados para o mesmo projeto societário, vinculado notadamente aos valores da defesa da justiça social, democracia e igualdade” (MATOS, 2003, p. 112)¹⁰.

Entretanto há um descompasso no que tange ao trabalho propriamente da Assistente Social e, o desenvolvimento de estudos que busquem priorizar a intervenção é fundamental, pois, segundo Vasconcelos (Apud Matos, 2003, p. 89) há uma diferença muito grande entre a intenção e o discurso das Assistentes Sociais e o trabalho desenvolvido; segundo ela, as Assistentes Sociais ainda reforçam os objetivos da instituição e não os do projeto ético-político da profissão. Maurílio Castro de Mãos afirma que...

“o Serviço Social na área da saúde chega à década de 80 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional; continua, enquanto categoria, completamente desarticulado do movimento da reforma sanitária e, com isso, sem nenhuma explícita ocupação na máquina do Estado (...); e com uma insuficiente produção sobre ‘as demandas postas à prática em saúde’ “ (MATOS, 2003, p. 88).

⁹ O Movimento de Reforma Sanitária tem como marco inicial o I Simpósio Nacional de Política de Saúde (1979), onde foi discutida, pela primeira vez, uma proposta de reorganização do sistema de saúde brasileiro. Naquele Simpósio essa proposta se chamava “Sistema Único de Saúde” e contemplava diversos conceitos como universalização do direito à saúde, racionalização e integralidade das ações, democratização e participação populares, atenção primária e extensão de cobertura. Foi considerado um movimento político, propício ao advento da Nova República e da redemocratização do país com o fim do regime militar. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) foi o principal agente debatedor, formulador e relator da proposta de reestruturação do sistema brasileiro de saúde que deveria ser defendido na constituinte. Segundo RODRIGUES (1994) a Reforma Sanitária concretiza-se na implementação do SUS – Sistema Único de Saúde: na aprovação da Constituição de 1988, a maior parte dos conceitos do Relatório da 8ª Conferência foram aprovados e, portanto, incorporando as propostas da Reforma Sanitária; a partir disso a Constituição Brasileira passou a ser considerada uma das mais avançadas do mundo em relação à saúde.

¹⁰ Para compreender os determinantes históricos e o panorama do Serviço Social na saúde, recomenda-se a leitura do Artigo de Maurílio Castro de Matos – “O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90”, publicado na Revista Serviço Social & Sociedade, nº 74.

Trabalhando na área da saúde, o Serviço Social atende tanto às exigências mais gerais do sistema como às necessidades das unidades operativas, assim, conforme argumenta Costa (2000, p. 47), a objetivação do “trabalho do Assistente Social é determinada tanto pela concepção de saúde prevalente no SUS, como pelas condições objetivas da população usuária dos serviços”.

Na saúde pública, o departamento ou setor de Serviço Social é um dos poucos serviços que recebe seus usuários sem a marcação de horário/consulta. Isso acontece, praticamente, em todas as instituições, desde os postos de saúde até os hospitais especializados, tanto por usuários que procuram pela primeira vez o serviço, como aqueles que estão retornando ou encaminhados por outros profissionais na área da saúde. Entretanto, isso não significa que a estrutura institucional em que a Assistente Social está inserida (o local de trabalho) fornecerá as condições suficientes para satisfazer as necessidades e direitos que a demanda usuária requer. Muitas vezes, conforme alerta Costa (2000, p. 66), “esses atendimentos, longe de se constituírem em mecanismos que protagonizem mudanças na estrutura de funcionamento das unidades, parecem reiterar a prática do emergencial, do atípico e do ocasional. Aqui, na prática, o ocasional é o permanente”. Uma vez que o trabalho tornou-se uma rotina para muitas Assistentes Sociais da área da saúde, elas tendem a...

“minimizar a dimensão operativa e política das suas práticas, reduzindo-as a uma questão de subordinação e até de desvalorização profissional. O que a maioria dos assistentes sociais parece não perceber é que as suas atividades são determinadas pelas próprias contradições do sistema e pelas inúmeras formas de administrá-las”. (COSTA, 2000, p. 66).

Com isso existe um desafiante trabalho para as Assistentes Sociais que atuam na saúde pública: ao mesmo tempo em que devem estar atentas ao projeto ético-político da profissão também têm encontrado o desafio de fazer do SUS uma política de saúde efetiva - de acesso universal e qualificada.

É, pois, neste contexto de muitas contradições (sociais, individuais, políticas, ideológicas) que se situa o trabalho da Assistente Social, enquanto profissional que atua em hospitais, maternidades, clínicas médicas e estabelecimentos de saúde em geral. Quando a Assistente Social se

defronta com a situação de uma mulher que necessita fazer o aborto, surgem uma série de desafios, tanto para a usuária como, também, para a profissional do Serviço Social. Algumas mulheres procuram diretamente a “moça” do Serviço Social, pois trata-se de uma profissão exercida em sua maioria por mulheres. Esse é um dos fatores que pode contribuir para que aquelas cidadãs que necessitam e/ou optam por fazer o aborto sintam-se mais a vontade em estarem conversando, se “expondo” para outra mulher. De qualquer modo, esse fator não lhes confere a garantia que encontrarão a compreensão ou solução que estão procurando naquele momento.

Para muitas Assistentes Sociais a dimensão ética-política e o âmbito da prática profissional constantemente entram em contradição: existem profissionais que são contra a prática do aborto, mesmo sabendo da situação de clandestinidade e atendendo inúmeras mulheres que são hospitalizadas cotidianamente em consequência de abortos inseguros e, igualmente, cientes da fragilidade dos programas de planejamento familiar; também existem aquelas que compreendem o aborto como um direito reprodutivo, ou simplesmente como uma opção da mulher, e vêm-se sem saída para uma orientação dentro dos preceitos legais para a usuária que necessita fazer um aborto não previsto entre os casos permitidos pelo Código Penal. Tendo clareza de que a Assistente Social não está acima das leis instituídas, como direcionar suas ações frente a essas limitações? Segundo Barroco (2001, p. 65), “projetar as ações, orientando-as para a objetivação de valores e finalidades, é parte da práxis. Afirmar que essa projeção é ética e política significa considerar que a teleologia implica valores e que sua objetivação supõe a política como espaço de luta entre projetos diferentes”.

Desta forma, a intervenção profissional produz resultados e consequências para “determinadas finalidades e necessidades sociais com direção ética e política” (idem, p. 66), sem que necessariamente a Assistente Social tenha plena consciência do seu ato. Ou seja, aquela profissional que apenas informa a usuária do serviço de saúde que o aborto é proibido e que nada pode ser feito a

não ser levar a gravidez até o nascimento do feto¹¹ está contribuindo para a manutenção da situação de criminalização e legalização parcial do aborto, pois não estabelece nenhuma reflexão sobre o conjunto de fatores que envolvem a situação da mulher, tampouco da legislação vigente. O comprometimento com um projeto societário influencia significativamente a práxis profissional, com isso “embora a ideologia não seja a única mediação da profissão, ela está presente nas orientações de valor ético-moral e na direção política da ética profissional, seja ela conscientemente dirigida, seja como reprodução acrítica de normas, valores e modos de comportamento” (BARROCO, 2001, p. 67).

Compactuar com essa compreensão não significa que a Assistente Social deva orientar às mulheres aos modos de abortos clandestinos nem tampouco simplesmente informar que é ilegal. Impõe-se (à profissional, usuária e para este estudo) uma reflexão acerca dos múltiplos determinantes que envolvem a questão do aborto tanto do ponto de vista legal como no ponto de vista da necessidade, além de levar em conta os pressupostos daqueles que são contra ou a favor da descriminalização e legalização completa do aborto.

3. Os valores, a moral e os princípios sócio-culturais como determinantes na formação profissional do Assistente Social

É importante refletir sobre o entendimento de ética e moral nesse momento, uma vez que a pesquisa constatou que as entrevistadas confundem ou tratam como sinônimos. Com base na compreensão citada anteriormente por Leonardo Boff acerca da diferenciação entre ética e moral, na mesma linha o pensamento de Vazquez (1992, p. 10) afirma que “a ética pode contribuir para fundamentar ou justificar certa forma de comportamento moral”. Nesse sentido enquanto a ética se

¹¹ Uma das respostas obtidas na pesquisa quando questionada sobre a intervenção frente à solicitação de informações sobre aborto.

debruça para a área do pensamento a moral se relaciona muito mais com o campo da prática, das ações, dos comportamentos. O autor, ainda, ressalta o caráter histórico da moral:

“(....) a moral é um fato histórico e, por conseguinte, a ética, como ciência da moral, não pode concebê-la como dada de uma vez para sempre, mas tem de considerá-la como um aspecto da realidade humana mutável com o tempo. Mas a moral é histórica precisamente porque é um modo de comportar-se de um ser – o homem – que por natureza é histórico, isto é, um ser cuja característica é a de estar se fazendo ou se reproduzindo constantemente” (VAZQUEZ, 1992, p. 25).

Portanto, tratando-se de um ser histórico, também a ética e a moral são historicamente construídas e assimiladas. Na compreensão de Inácio, a práxis da Assistente Social, no campo da defesa dos direitos humanos, “exige uma intrínseca relação entre Gênero e Ética”. Isso, segundo o autor, deve-se pelo fato de que tais profissionais “trabalham com elementos valorativos – remetendo para o campo da ética – que podem vir a reforçar ou a desconstruir o padrão dominante de relações de gênero presente na sociedade” (INÁCIO, 2002, p. 148).

Para que a Assistente Social tenha condições de fazer a sua opção (de reforçar ou de desconstruir padrões dominantes) é fundamental a sua saída da condição alienante a fim de fazer suas escolhas em liberdade plena, pois

“a universalidade, a sociabilidade, a consciência e a liberdade são capacidades humano-genéricas, ou seja, sem as quais a práxis não se realiza com suas potencialidades emancipatórias. (...) O mesmo pode ser dito da moral, cuja gênese é dada pela capacidade ética de criar valores que servem de referência à conduta dos indivíduos, em sua convivência social. Na medida em que ela se institucionaliza em normas e deveres sociais adquire a aparência de uma esfera social particular, como a do direito” (BARROCO, 2001, p. 28).

Desta forma, a origem da moral vem do desenvolvimento da sociabilidade, respondendo às necessidades práticas de estabelecimento de normas e deveres a fim de garantir a socialização e a convivência social. Tal socialização acontece entre as pessoas reproduzindo hábitos, expressando valores e princípios socioculturais dominante, em tempos e espaços determinados. Esses hábitos, valores e princípios, ao serem internalizados transformam-se em orientações de valores para

cada pessoa e em juízos de valores frente às outras pessoas (que não faz parte dos juízos de valores do “eu” ou “meus”). Com isso,

“A moral interfere nos ‘papéis’ sociais, donde sua caracterização como um modo de ser, um ethos que expressa a identidade cultural de uma sociedade, de uma classe, de um estrato social, num determinado momento histórico. (...) Pelo fato de o indivíduo aceitar intimamente os valores, passa a fazer parte do seu ‘caráter’; por sua função integradora, estabelecendo vínculos sociais, está presente em todas as atividades humanas” (idem, p. 43).

Pelo raciocínio desta autora, a partir do momento em que a moral já faz parte do caráter das pessoas e está presente em todas as atividades humanas, garantindo a sua auto-reprodução, nem sempre as escolhas significam um exercício de liberdade. Na sociedade atual, estão perpassados na moral interesses de classe e necessidades de reprodução das relações sociais, criando uma certa maneira de se produzir a vida social. Neste sentido, as escolhas, não são simples escolhas, elas são direcionadas por determinantes ideológicos coercitivos, voltados à dominação e não propiciam a liberdade.

Aparentemente as escolhas, símbolo do exercício de liberdade, são tomadas no cotidiano. Porém, é exatamente neste campo que fica privilegiada a reprodução da alienação, uma vez que é ali que se dá a “repetição acrítica dos valores, sua assimilação rígida dos preceitos e modos de comportamento, seu pensamento repetitivo e ultragenaralizador. No campo da moral, a alienação da vida cotidiana se expressa, especialmente, pelo moralismo, movido por preconceitos” (idem, p. 46). E continua...

“o preconceito é uma forma de reprodução do conformismo que impede os indivíduos sociais de assumirem uma atitude crítica diante dos conflitos, assim como uma forma de discriminação, tendo em vista a não-aceitação do que não se adequa aos padrões de comportamento estereotipados como ‘corretos’ ” (BARROCO, 2001, p. 47).

Assim, o moralismo é tanto uma forma de alienação moral, decorrente da negação da moral como uma das maneiras de objetivação da consciência crítica, das escolhas livres, e também é, por meio do preconceito, da intolerância, uma negação da liberdade. O espaço da concretização das morais é marcado por conflitos decorrentes da função social da moral (integração social), da

heterogeneidade das esferas sociais, da sua reprodução por meio de normas abstratas (o direito/coerção) e concretas e da possibilidade de sua transgressão. Estando presente em todas as atividades humanas, há possibilidades de “se dizer não às normas, esse conflito é positivo, pois pode promover a capacidade crítica viabilizadora da autonomia” (idem, p. 49).

Uma outra problemática presente nos conflitos ético-morais é a fragmentação da própria moral em “morais específicas”, típica da sociedade capitalista individualista, “expressando a subdivisão do valor nas várias atividades humanas”: temos hoje a moral sexual, a moral do mercado, a moral do trabalho, etc... Segundo Barroco (2001, p. 51) tal fragmentação nega o caráter ontológico social da moral como mediação de valor entre as atividades humanas.

Em relação as normas abstratas e concretas, elas referem-se aos valores humanos-genéricos e às formas particulares através das quais são realizadas. Perante a sociedade, onde existem opressores e oprimidos, universalizar a moral, em torno de normas abstratas, não significa sua realização universal, pelo fato de que visa atender necessidades e interesses privados.

Poderíamos dizer que o controle da reprodução e a liberdade sexual fazem parte dos direitos humanos das mulheres, entretanto o aborto é considerado um crime. Então como falar em liberdade reprodutiva e sexual? A quais interesses está ligada a proibição do aborto?

Para além dessas perguntas ainda fica a indagação sobre a quem prejudica, quem é afetado pela decisão de fazer o aborto? Segundo Nahra (2002, p. 52 - 53), existem os comportamentos que não geram consequências nefastas para a humanidade ou para a sociedade e aqueles que geram consequências negativas. Desta forma, o fato das mulheres terem direito a fazerem o aborto, terem acesso a serviços públicos de saúde, seguros, responsáveis, fora do mercado clandestino, não irá gerar nenhum mal nefasto para essa mulher e, muito menos, para a humanidade. O contrário acontece com a corrupção, a exploração, a situação de miséria e, por incrível que pareça, por mais danos que isso cause à humanidade, à sociedade, às pessoas que estão próximas, existe uma condescendência

generalizada, quase naturalizada, desses comportamentos ao incentivar e agregar sentido positivo ao “malandro”, ao tirar “vantagem” individual de negociações, assim sendo...

“esta reflexão pode nos levar a compreender que muitos dos julgamentos que fazemos do ponto de vista moral, nada tem a ver de moral, são totalmente moralistas. Esta consciência implica em compreender que fazemos parte de uma sociedade cujos valores estão profundamente invertidos, uma sociedade moralista, e exatamente por isto, imoral, anti-ética” (NAHRA, 2002, p. 53).

Neste sentido, a Assistente Social, tanto quanto outras profissões, está vulnerável à sua construção social, imbuída de pré-conceitos, juízos de valores, leituras equivocadas acerca da ética, da moral e da liberdade. Portanto, para darmos continuidade ao debate sobre a intervenção da Assistente Social frente a uma solicitação de aborto, é importante levantar algumas considerações relacionadas diretamente ao fazer profissional e a ética, moral e liberdade, uma vez que o cenário social que permeia a questão do aborto atualmente está voltado, hegemonicamente, para a reprodução de julgamento de valores construídos sobre um ethos dominante marcado pela hierarquia de classe e gênero.

4. ABORTO – as múltiplas determinações de uma demanda que envolve a questão da ética para o Serviço Social

A Assistente Social é uma profissional integrante desta sociedade, tendo a possibilidade de colocar sua ação criticamente ou ser conformista, sendo criadora ou não de alternativas que busquem desconstruir valores, normas, moralidades, fundadas em pré-conceitos assimilados pela cotidianidade da vida das pessoas.

“Neste sentido, é preciso pensar a ética a partir das questões complexas e desafiantes que se apresentam hoje no nosso cotidiano, particularmente para os assistentes sociais que atuam diretamente com os reflexos da questão social, convivendo diretamente com situações aviltantes, que pela sua constância e frequência correm o risco de serem banalizadas, sendo necessário um certo cuidado para evitar a naturalização das questões cotidianas” (SOUSA, 2002, p. 123).

Segundo Barroco (2001, p. 68/69), ética e moral se inter cruzam quando, por exemplo no Serviço Social, as escolhas profissionais não têm como único referencial o conhecimento, a base filosófica; cada Assistente Social incorpora em suas intervenções as visões de mundo adquiridas socialmente pela formação moral, introjetadas num conjunto de vivências culturais que formam os hábitos e costumes onde a educação formal pode tanto consolidar como questionar as normalizações instituídas.

Há de se concordar com a autora quando ela afirma que a ética profissional está constantemente permeada por conflitos e contradições¹² e as determinações que fundamentam essa ética vão além da profissão,

“(...) remetendo às condições mais gerais da vida social. Neste sentido, a natureza da ética profissional não é algo estático; suas transformações, porém, só podem ser avaliadas nessa dinâmica, ou seja, em sua relativa autonomia em face das condições objetivas que constituem as referências ético-morais da sociedade e batem na profissão de modos específicos” (BARROCO, 2001, p. 69)¹³.

Para o Serviço Social, a construção do conteúdo da ética profissional se dá na prática cotidiana, um espaço de conflitos frente a situações que demandam um posicionamento de valor (Barroco, apud. Sousa, 2002, p. 134). Desta forma, segundo a autora, a ética do exercício profissional não está calcada na abstração, mas sim constituída por três esferas: a esfera teórica, a moral prática e a normativa.

Na esfera teórica estão as orientações filosóficas e teórico-metodológicas que fundamentam as concepções éticas profissionais, os valores, princípios, visão de homem e sociedade; na esfera moral prática estão presentes tanto os comportamentos individuais do fazer, imbuídos das visões de mundo, dos juízos de valor, compromisso social etc. de cada Assistente Social, como também, o conjunto de ações profissionais em seu processo de organização coletiva, direcionados para determinados projetos com valores e princípios éticos coletivos; e, a esfera normativa fica expressa

¹² Objeto de estudo desta dissertação – a intervenção do Assistente Social frente a situações de aborto – é um excelente exemplo.

¹³ Grifo nosso.

através do Código de Ética Profissional, nele estão inscritas as orientações do comportamento individual profissional e se define uma direção social, através de um projeto profissional. (idem, p. 135). “A consciência ética do profissional se faz na análise e enfrentamento dos conflitos cotidianos, na sua crítica, na compreensão das contradições que se apresentam e em proposição de estratégias” (SOUSA, 2002, p. 136).

A ética, para o Serviço Social, é o fundamento de todo o processo de sociabilidade, para o “processo de construção de uma nova organização social e política”. As atividades profissionais poderão ser voltadas no sentido de adaptar a população à realidade de exclusão social, de fragmentação do acesso, de aceitação das normatizações ou em ações que assegurem o acesso ao direito universal concreto, relacionado à realidade, às necessidades e à cultura dos usuários, neste caso sua práxis estará vinculada às orientações do projeto ético-político presentes no atual Código de Ética Profissional. É, pois no “espaço cotidiano que o profissional deve explorar as reais possibilidades, reconhecendo os limites de seu trabalho, fazendo uso, consciente, dos meios e estratégias para a concretização do que é planejado” (SOUSA, 2002, p. 140).

O trabalho desenvolvido pela Assistente Social é fundamental para as necessidades e possibilidades que estão dadas na difícil e contraditória realidade vivida pela população, no entanto, não são automaticamente transformadas em alternativas viáveis de atuação profissional. Cabe aqueles que se propõem a esse trabalho “(...) apropriarem-se dessas possibilidades e, como sujeitos, desenvolvê-las transformando-as em projetos e frentes de trabalho. Assim a conjuntura não condiciona unidirecionalmente as perspectivas profissionais. Todavia impõe limites e possibilidades” (IAMAMOTO, 1999, p. 21).

Nas situações em que a Assistente Social se defronta com a solicitação do aborto, não previsto no Código Penal (um aparato de leis que visam punir – é *penal*), que alternativas tem para garantir o acesso à reivindicação do direito reprodutivo que possui aquela usuária? Essa profissional detém os conhecimentos necessários, compreende as múltiplas determinações que envolvem a

questão? Como a ética profissional e sua moral incorporada socialmente se cruzam? Será que a Assistente Social estabelece uma reflexão com a usuária ou encaminha a outros profissionais (psicólogo, médico, etc...)? Ou apenas lhe informa que, não estando “encaixada” nos casos previstos no Código Penal, ela não possui o direito e não pode fazer o aborto?

Muitos desses questionamentos foram respondidos pela pesquisa e constatou-se que essa demanda – a questão do aborto - remete aos desafios de propor alternativas viáveis de políticas públicas, pois somente com profissionais comprometidos com as questões sociais é possível elaborar e executar projetos que almejem a politização das classes populares bem como a transformação de necessidades em direitos universais.

Assistentes Sociais que trabalham nos hospitais, nas clínicas médicas e nas maternidades, trabalham sob determinadas condições objetivas de trabalho que não podem ser desconsideradas, as normas e “missões” das instituições também influenciam na garantia ou não dos direitos.

Uma vez, sabendo da realidade dos abortos clandestinos em larga escala, visualiza-se a possibilidade de os hospitais não cumprirem o seu papel de locais adequados seguros para a busca de informações e realização do procedimento abortivo. Essa questão pode ser observada nas repetidas falas das entrevistadas afirmando que “na rua”, “na vizinhança”, “lá fora” se descobre “por conta própria” os meios e os locais para fazer abortos clandestinos, sem a necessidade de procurar um hospital ou uma “autoridade” para expor uma situação que “elas já sabem que é ilegal”. Tais reflexões foram feitas pelas Assistentes Sociais quando questionadas sobre quais os procedimentos que cabem ao Serviço Social daquela instituição frente a uma solicitação do aborto conforme demonstram algumas as respostas aqui apresentadas:

- *“Não tem nenhum procedimento padrão, eu passo imediatamente para a Carmela”;*
- *“Não tem nenhum, a instituição não tem preparo para isso; e as pessoas descobrem os caminhos lá fora, não precisam ir em um hospital se expor. É só ir no camelô e pedir por Cytotec”;*

- *“Não tem uma regra, os casos de aborto em curso vão para a emergência e unidade de alto risco, não existe procura para fazer aborto ilegal, uma vez que é ilegal”;*
- *“Não existe nada arregimentado, o que se faz é da cabeça do Assistente Social que está atendendo”;*
- *“Não tem nenhum, o tratamento é igual para todos os pacientes, esse local trabalha para gerar vida, luta por ela e não para acabar com a vida como é o caso dos abortos (Carmela Dutra)”;*
- *“Não tem encaminhamentos específicos por que esse hospital não possui maternidade, quando aparece algum caso encaminhamos diretamente para a maternidade Carmela Dutra”.*

Em primeiro lugar verifica-se em 100% das respostas a ausência de qualquer orientação ou normatização por parte da instituição para essa demanda. Os atendimentos feitos, a partir da entrada na emergência, de abortos em curso, com imprevistos e abortos mal sucedidos, são realizados sem nenhum tipo de atenção especial frente a essa situação. Qualquer reflexão ou encaminhamento é tomada a partir do entendimento da Assistente Social.

Outra importante verificação é que, em vários momentos da entrevista, é citada a Maternidade Carmela Dutra como o local onde são encaminhadas as mulheres que estão buscando informações sobre a possibilidade de fazerem um aborto. Esse procedimento, apresentado e repetido por algumas Assistentes Sociais, traz a reflexão sobre a atuação das instituições públicas de saúde, especificamente os hospitais: *“não tem nenhum procedimento padrão”* para o atendimento de possíveis solicitações de aborto ou informações sobre essa questão e, quando surge essa situação passa-se *“imediatamente para a Carmela”*, sem ter a certeza de que naquela maternidade a usuária encontrará a informação correta e o atendimento adequado para sua necessidade.

Conforme foi ressaltado no início deste estudo, a maior parte dos estabelecimentos de saúde que têm em seus quadros o profissional do Serviço Social são públicos, gratuitos e, em relação à questão do aborto não possuem qualquer qualificação no nível informativo para preparação das suas Assistentes Sociais. Essa realidade está em acordo com a existência do Estado mínimo (e mercado máximo) fazendo com que os gastos para a saúde pública diminuam vertiginosamente, sejam cortados

em todas as instâncias, contribuindo ainda mais para dificultar o acesso e o direito à saúde. Desta maneira, a atividade do Serviço Social,

“(...) como tantas outras profissões, está submetida a um conjunto de determinações sociais inerentes ao trabalho na sociedade capitalista, quais sejam: o trabalho assalariado, o controle da força de trabalho e a subordinação do conteúdo do trabalho aos objetivos e necessidades das entidades empregadoras. (...) O trabalho dos assistentes sociais não se desenvolve independentemente das circunstâncias históricas e sociais que o determinam” (COSTA, 2000, p. 37).

A Assistente Social pode, tanto reforçar uma discriminação por vários determinantes (individuais, sociais, econômicos valorativos), como também, pode “desencadear mediações em relação a situações e processos sociais, no sentido do entendimento mais amplo e enfrentamento das contradições da sociedade, expressas na realidade cotidiana”. A mediação fica compreendida “como o processo responsável por passagens e conversões das formas singulares na sua relação com a totalidade, passando pelas formas particulares como instâncias intermediárias” (FREIRE, 1995, p. 93).

Segundo Freire (idem, p. 93/94), são várias as formas como a Assistente Social pode atuar em relação às mediações, mas sua opção recai sobre a mediação, como “*prática social*, assessorando os sujeitos sociais para constituírem novas mediações, no sentido de enfrentar as contradições da realidade”. Iamamoto e Carvalho, ao discutirem o processo de ruptura no plano teórico-crítico da profissão, desvendam a orientação teórico-metodológica da “apreensão do movimento contraditório da totalidade concreta (...) no sentido de captar o desenvolvimento desigual entre as representações e a realidade substancial dos fenômenos, ressaltando as mediações necessárias à expressão das contradições do processo social na sua totalidade” (IAMAMOTO e CARVALHO, 1991, p. 70).

Desta forma, tem-se clareza que não são apenas as dimensões da ética e da moral que permeiam a ação da Assistente Social frente a uma solicitação de aborto. Porém, essas dimensões são muito importantes, uma vez, que abarcam diversas outras, entendendo que elas são tangidas socialmente, na construção histórica do ser humano.

5. A Assistente Social e o processo antagônico de construção de identidade: articulando as identidades pessoal, profissional e institucional

Tendo presente os resultados da pesquisa, entende-se que o processo de construção da identidade está vinculado às condições sociais, materiais e simbólicas, portanto a identidade é sempre relacional. O social e o material adquirem seu sentido quando, por exemplo, um grupo é chamado “excluído” e é discriminado socialmente pela sua condição material. A marcação simbólica ocorre através das práticas e das relações sociais, quando se define, por exemplo, quem são excluídos (Woodward, 2000, p. 14).

Frente a complexidade que adquiriu a vida a partir da modernidade, não é estranho que as pessoas ou grupos assumam mais de uma, diferentes e/ou até conflitantes identidades. Segundo Woodward (2000, p. 31), “podemos viver, em nossas vidas pessoais, tensões entre nossas diferentes identidades quando aquilo que é exigido por uma identidade interfere com as exigências de uma outra”. Como exemplo podemos citar o caso de uma mulher que tem um trabalho e uma carreira de sucesso, ela deseja ter filhos mas tem dificuldades para engravidar, busca através de todos os tratamentos possíveis e finalmente consegue, entretanto por ser uma gravidez de risco terá que abandonar seu trabalho e viver sob cuidados médicos constantes e ter uma vida longe de qualquer tipo de agito ou correria cotidiana.

Nesse momento poderá entrar em contradição a identidade da mulher que trabalhou e conseguiu estabelecer uma carreira bem sucedida, que não imagina sua vida distante do ambiente de trabalho e das realizações pessoais que obtém através dele, com a identidade da mulher que também deseja ter filhos e quer exercer a maternidade.

Uma série de fatores subjetivos estão envolvidos no exemplo acima; essa subjetividade é sempre vivida num contexto social, onde “a linguagem e a cultura dão significados à experiência que temos de nós mesmos e no qual nós adotamos uma identidade. (...) A subjetividade

inclui as dimensões inconscientes do eu, o que implica a existência de contradições” (Woodward, 2000, p. 55).

Tais contradições de fato se dão e permanecem em constante conflito, inclusive pelo fator da força e do poder em que está inserida e é produzida a identidade. Segundo Silva (2000, p. 81) “o poder de definir a identidade e de marcar a diferença não pode ser separado das relações mais amplas de poder”. Em seu entendimento o processo de formação da identidade nunca é inocente. E, para tanto, cita o exemplo da *normalização* como um dos processos mais sutis onde o poder se manifesta no campo da identidade. “Normalizar significa atribuir a essa identidade todas as características positivas possíveis, em relação às quais as outras identidades só podem ser avaliadas de forma negativa” (SILVA, 2000, p. 83).

Segundo Martins (1995, p. 17) na origem da profissão, foi atribuído ao assistente social, uma identidade de *profissional da ajuda*, envolvido com a caridade, isso ocorreu em virtude de que as filhas da alta classe média, ao adentrarem na formação superior eram enviadas para outros países, principalmente Estados Unidos. Ao retornarem, não iriam elas para as fábricas serem operárias como quase todas as mulheres que estavam entrando para o mercado de trabalho em meados de 1920. Essas Assistentes Sociais, em conjunto com a Igreja Católica, organizaram o voluntariado feminino que originou o trabalho da assistência através da passagem da esmola para uma caridade organizada, institucional e alargada, posteriormente à assistência social. Essa identidade atribuída, em determinado momento começa a ser revista (no Brasil mais especificamente com o Movimento de Reconceituação), debatida e estudada por vários anos, concluindo que, na verdade o que se chamava de assistência não passava de assistencialismo. Essa revisão conceitual não foi uma simples troca de nomes, constituiu-se, na opinião de Jucá (1997, p. 42) em um “mergulho reflexivo em torno dos objetivos e compromissos da profissão, um repensar de sua base teórico-metodológica, numa busca da construção de uma identidade que, embora plural, tenha uma dimensão hegemônica, no sentido do fortalecimento de uma sociedade democrática”.

Com isso, a assistência – prática que tem origem anterior ao Serviço Social, mas que a partir do surgimento desta profissão passou a ser trabalho quase de sua exclusividade – vai adquirindo elaborações e reflexões chegando à dimensão atual onde a assistência é um direito de cidadania (idem, p. 43) e não uma caridade, uma ação voluntária que consistia no assistencialismo.

Outra identidade construída e atribuída ao Serviço Social foi de uma profissão exercida pelas mulheres. Ocorreu em virtude da, acima referida, ação voluntária feminina, sob forte influencia das igrejas, principalmente a Católica, vindo a se institucionalizar como uma prática assistencialista. Com o advento da modernidade, a I Guerra Mundial, e a entrada das mulheres no mundo do trabalho, a criação das escolas privadas e cristãs de Serviço Social garantiam às famílias uma “boa” orientação para suas filhas, respeitabilidade e um dote profissional para contribuir na sua subsistência e no matrimônio (MARTINS, 1995, p. 24).

Em contrapartida, com o aumento de escolas, estudantes e profissionais, Martins (1995, p. 25) afirma que a constituição de profissões femininas também possibilitou abrir caminhos no mercado de trabalho – um dos espaços onde se constrói a identidade social e política das mulheres¹⁴.

Os discursos formais (institucionais) e os informais (da população, do mercado de trabalho) influenciam dando continuidade à identidade feminina da profissão; neste sentido há de se concordar com Gentili (1997, p. 129), quando afirma que “a identidade profissional do Serviço Social é resultante de uma interação dinâmica entre os aspectos formais e informais da profissão”.

Segundo a autora as características pessoais, de classes, de nações podem ser mobilizadas para a reflexão da identidade profissional. Assim, “os processos identificatórios, sejam pessoais (de gênero, subjetividade, singularidade) sejam coletivos (de etnias, classes, estratos sociais

¹⁴ Ressalta-se que, durante toda a trajetória da profissão no Brasil, não houve uma integração das Assistentes Sociais junto aos movimentos feministas que surgiram com os novos movimentos sociais da década de 1960; suas raízes, na formação da profissão estavam ligadas as doutrinas da Igreja. Posteriormente com o Movimento de Reconceituação e os debates das correntes marxistas/gramscianas pautou-se no mundo do trabalho e as contradições de classes persistindo até os últimos anos quando têm início um novo ciclo de debates sobre as novas facetas da exclusão social e as diversas formas de discriminações. Ainda assim encontra-se alguma resistência e pouca produção teórica de Assistentes Sociais sobre o debate em torno das questões de gênero.

ou nações), possuem sentido que reaparecem nas relações entre o indivíduo e suas escolhas profissionais (...)” (idem, ibidem).

Os diversos elementos sociais, culturais, econômicos e outros, permitem aos indivíduos se agruparem e compartilharem suas afinidades estabelecendo contrastes com os demais indivíduos e grupos. Uma das formas mais eficazes de tornar-se membro de um grupo é através da passagem pelo curso universitário, quando o jovem/adulto viverá um novo momento de socialização escolar. Nesse período ocorre, conforme Gentili (1995, p. 131) “uma interação social na qual se opera um processo que, no limite, constitui a formação da própria identidade profissional. Este processo gera certa concepção de ‘si mesmo’ e uma ampla perspectiva social e histórica (...)”. E, prossegue afirmando que quando trata-se do campo profissional, os valores, os discursos e outras referências representativas e simbólicas, produzem os mecanismos de julgamento sobre seu grupo e os outros grupos.

A profissão possui como pressuposto de sua prática a garantia dos direitos de cidadania, estabelecidos pelas entidades e instituições representativas dos assistentes sociais (CFESS, CRESS, ABESS, CEDESPSS, e outras), “onde se pressupõe a existência de vontade política organizada (...) tendo como referências as escolhas políticas ideológicas e valorativas que se entrecruzam com as representações sobre as atividades profissionais (...)” (idem, 133).

Os Assistentes Sociais também estão vulneráveis, como outros profissionais, ao mercado de trabalho, à crise sócio-econômica e traz consigo as diversas jornadas de trabalho sobrecarregando as pessoas (não raro encontra-se assistentes sociais trabalhando em mais de uma instituição para suprir necessidades financeiras), O tanto o individualismo como a máxima de “cada um cuidar de sua vida” levam a um contínuo isolamento do convívio social. Paralelamente não há incentivo de atualização acadêmica compreendendo erroneamente que “perde-se tempo” em viajar ou ausentar-se do trabalho para um seminário ou curso (a produção ininterrupta é uma exigência da visão capitalista); conseqüentemente, não são poucas às vezes em que Assistentes Sociais...

“permitem que seu exercício profissional seja transformado numa rotina burocrática, num ritual que comporta, quase que exclusivamente, ações de caráter imediatista, dissociadas de uma reflexão teórica (...). Consequências de uma problemática estrutural que precisa ser desvendada, sem também perder de vista as particularidades conjunturais” (JUCÁ, 1997, p. 45).

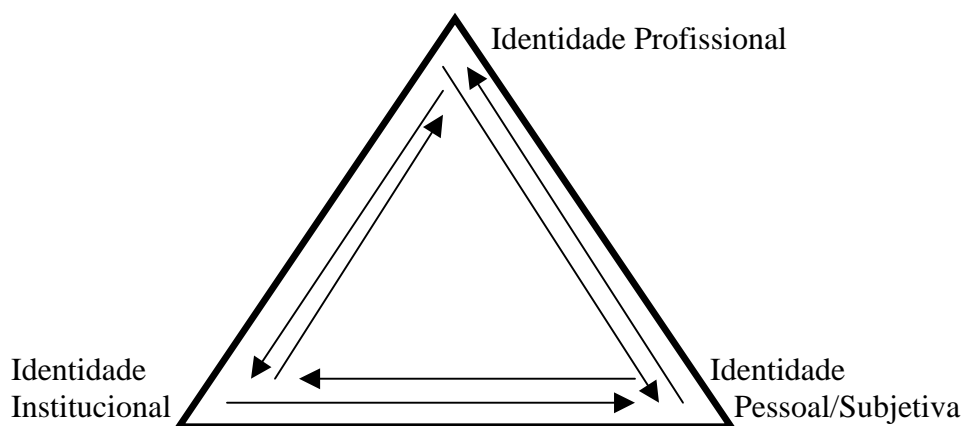
Ao mesmo tempo, é através dos elementos da realidade social, da ocupação de cada profissão que os indivíduos encontram caminhos para expressar e tornar reais seus discursos, seus pensamentos, suas vontades de mudança ou de manutenção, o seu desejo de ser, de fazer e de estar. Desta maneira, através do Serviço Social (como de outras profissões), o indivíduo poderá expressar sua identidade individual – quando escolhe esta profissão - e assumir uma identidade coletiva como sujeito profissional, quando tem nas entidades representativas o elemento aglutinador da categoria.

Por meio do perfil das entrevistadas buscou-se encontrar suas identidades pessoal e profissional frente à instituição de trabalho. Esse estudo compartilha com a opinião de Faleiros quando afirma que:

“O foco da intervenção social se constrói nesse processo de articulação do poder dos usuários e sujeitos da ação profissional no enfrentamento das questões relacionais complexas do dia, pois envolvem a construção de estratégias para dispor de recursos, poder, agilidade, acessos, organização, informação, comunicação. É nessas contradições que se vai desconstruir e construir sua identidade profissional e o objeto de sua intervenção profissional, nas condições históricas dadas, com os sujeitos da ação profissional” (FALEIROS, 2002, p. 41).

Portanto a construção da identidade profissional está permeada ao processo em que se constituiu a pessoa, aos estatutos e normas da instituição em que está trabalhando, tendo sempre presente as condições históricas que podem redimensionar o objeto da intervenção profissional.

Com a ilustração a seguir poderá se verificar melhor a ligação entre as identidades pessoal, profissional e institucional que estão permanentemente influenciando a fazer do Serviço Social:



O entendimento que perpassa essa figura refere-se as múltiplas determinações que envolvem a atuação profissional convergem na formação das diversas identidades, de uma multiplicidade de sujeitos. Para Mary Garcia Castro, através da alquimia juntam-se os

“elementos para uma transformação, transforma-se, chegando a um conhecimento próprio singular e a um alter/auto conhecimento de si. (...). A alquimia das categorias sociais está presente na construção de subjetividades (...). A produção de subjetividade não é um componente ideológico ou uma parte da super-estrutura. É parte de um sistema econômico, político e cultura que se reproduzido por diferentes mecanismos (Guattari e Rolink, 1986). O conceito de subjetividade é aqui entendido como resultado da interação entre atos e idéias que identificam o *self* na sua relação com os outros. (...) Todos os fenômenos importantes da atualidade envolvem dimensões do desejo e da subjetividade” (CASTRO, 1992, p. 59/60).

É a junção dessas categorias (pessoal/subjetiva, institucional, profissional) que vai definir o posicionamento da Assistente Social diante das questões sociais em que intervém. Algumas vezes, a depender a Instituição – local de trabalho – pode fortalecer a identidade pessoal e profissional de quem lá trabalha. Outras vezes pode contribuir na desconstrução e formação de novas referências para a Assistente Social. O caminho inverso não é impossível, mas com certeza impõe mais dificuldades: são necessárias fortes ações coletivas para transformar os “pilares” de uma instituição vindo a adequar-se às realidades de seus usuários.

Faz-se necessário ressaltar a constatação de que a questão do aborto está permeada de contradições na intervenção profissional. Apresenta-se uma série de dificuldades para a garantia dos abortos previstos no Código Penal e, muito mais para as necessidades de abortos que não se

enquadram nas normas jurídicas. Contribuem para dificultar a qualidade na intervenção profissional a insegurança e o desconhecimento das normatizações profissionais (como o Código de Ética), bem como as características que formam a individualidade (valores, crenças religiosas, concepções morais, dentre outras), além das diretrizes de cada instituição (local de trabalho) em que está inserida a Assistente Social.

Conforme constatamos, confirma que a Assistente Social também é uma profissional vulnerável às tradições repassadas, muitas na forma de discriminações, perpetradas socialmente das mais diferentes maneiras.

5.1. O Objeto do Serviço Social e a questão social

Considerando o entendimento de que o Serviço Social constitui-se numa profissão de cunho sócio-educativo, inscrevendo-se “no campo das atividades que incidem na formação da cultura, como um elemento constitutivo das relações de hegemonia” (ABREU, 2004, p. 66), o espaço de intervenção profissional caracteriza-se pela forte contradição entre a situação neoliberalizante em que está inserido e, ao mesmo tempo, o comprometimento com a emancipação e cidadania junto às camadas populares, conforme preconiza o Código de Ética Profissional. Diante disso:

“atualmente, os desafios pedagógicos na perspectiva da constituição de uma nova cultura pelas classes subalternas se colocam considerando as reformas neoliberais que apontam para a tendência de reatualização de práticas assistencialistas em detrimento a garantia e ampliação dos direitos, bem como em contraposição a essa perspectiva dominante, no movimento contraditório das relações sociais coloca-se a possibilidade de avanço das práticas sociais numa perspectiva emancipatória” (ABREU, 2004, p. 67).¹⁵

O exercício do Serviço Social e a realidade social de sua ocupação, possibilita inúmeras alternativas de reflexões junto às suas demandas. Uma das questões que está, com muita

¹⁵ Para buscar referências acerca das estratégias educativas desenvolvidas no interior da profissão (pedagogias da “ajuda” e da “participação”), bem como da construção de uma pedagogia emancipatória, é indicado recorrer ao estudo produzido por Marina Maciel Abreu, apresentado na Revista Serviço Social e Sociedade, nº 79 de 2004.

freqüência, presente nos diversos campos de ação da assistência social é que esse profissional deve – ou deveria - constituir-se num agente garantidor de direitos, inclusive, sobre essa questão, o próprio Código de ética, frente à dimensão política – o projeto ético político - da profissão,

“(...) explicita-se por meio da defesa da equidade e da justiça, da consolidação da democracia como garantia de direitos civis, políticos e sociais e da democratização como processo de socialização da riqueza socialmente construída. (...) A luta em prol de uma nova ordem societária deve estar mediada, no âmbito da categoria, pela ‘defesa da democracia, das políticas públicas e dos direitos sócio-políticos em oposição ao projeto neoliberal’ ” (SANT’ANA, 2000, p. 81).

No contexto social da sociedade moderna e pós-moderna, vive-se alternâncias de projetos sem alternâncias de sistemas sócio-políticos, ou seja: a sociedade continua sendo capitalista, com projetos diferentes para essa sociedade de sistema capitalista. Assim, ao mesmo tempo há continuidade na macro-estrutura e, também, perduram os limites de intervenção prática. Para acumular forças os movimentos sociais, no contexto da sociedade civil, devem criar momentos de correlação de forças frente ao Estado, visando às mudanças e transformações que se quer (ou a continuidade do que se tem) – o que não é tão simples. Nesse movimento de correlações de forças entre sociedade civil e Estado, fazer de cada sujeito social o elemento da história é a dimensão da prática, do fazer profissional para o Serviço Social.

Na dimensão interventiva do Serviço Social, a teoria não é o pano de fundo da prática, ela é constitutiva dessa prática. A leitura da sociedade deve levar em conta as relações de trabalho cada vez mais individualizadas e, tal leitura estará diretamente ligada às concepções teóricas que trazemos. As referências teóricas e o modo como são utilizadas essas ferramentas é que possibilitará a construção das múltiplas determinações, a visão de totalidade necessária para cada situação e/ou problemática social.

A interação do Serviço Social com as classes populares e os movimentos sociais são diretrizes claras do atual código de ética profissional, do projeto ético-político defendido pelo grupo

hegemônico que tem na “questão social” o principal objeto do Serviço Social. Na definição de Iamamoto:

“O Serviço Social tem na *questão social* a base de sua fundação como especialização do trabalho. Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMAMOTO, 1999, p. 27).

Portanto, para além de tudo aquilo que está diretamente ligado ao trabalho ou a luta de classes, para o Serviço Social ter a questão social em sua intervenção é necessário “demonstrar as particulares formas de luta, de resistência material e simbólica acionadas pelos indivíduos sociais à questão social” (IAMAMOTO, 1998, p. 59).

Seguindo este raciocínio, Yazbek (2001, p. 41) argumenta que entre as múltiplas faces da questão social, atualmente está a “perda dos padrões de proteção social dos trabalhadores e dos setores mais vulnerabilizados da sociedade que vêm seus apoios, suas conquistas e seus direitos ameaçados”.

Através desses entendimentos nota-se uma profunda ligação da “questão social” com o mundo do trabalho, com a luta entre as classes sociais; no entanto falta a presença das questões subjetivas presentes numa sociedade onde a exclusão social é tão forte que milhares de homens e mulheres nem mesmo estão no mercado de trabalho – esses encontram-se numa situação de marginalização¹⁶ muito maior uma vez que, ao mesmo tempo em que são discriminados e chamados de “vagabundos” por não trabalharem, também fazem dos “biscates”, dos pequenos furtos, do envolvimento com o tráfico, a sua maneira de sobreviver.

Os enfrentamentos sociais, na atualidade, extrapolam as questões de classes e/ou muitas vezes são perpassadas; localizam-se nesses espaços as discriminações sobre gerações, gêneros,

¹⁶ Pessoa que é colocada nas “margens” ou “a margem” do mundo do trabalho.

raças, etnias, diferentes orientações sexuais e outras que, segundo Faleiros (2002, p. 40), trazem “à discussão as mediações da subjetividade e que não se resumem *tout court* na noção de questão social”.

Além disso, o contexto de criminalização do aborto é, também, uma forma de manutenção das desigualdades sociais e de gênero. É considerado um crime e sua punição recai sobre as mulheres e, principalmente, aquelas de baixa renda onde, sem condições de recorrer a clínicas qualificadas – de alto custo – têm os ricos de morte aumentados e a exposição pública de sua vida, de sua opção, de sua necessidade, frente à sua família e vizinhança, fator que, para a maioria das mulheres, é bastante humilhante. Entretanto o sentimento subjetivo da “culpa” pode afetar em diferentes graus mulheres das mais distantes realidades sócio-econômicas, extrapolando a questão das classes sociais.

Desta maneira, a necessidade ou opção pelo aborto é parte tanto da resistência material como simbólica reivindicada por mulheres que não podem ou não desejam ter um ou mais filhos em determinado momento de sua vida. Por isso entende-se que

“a construção do objeto profissional é um processo teórico histórico, mas também político, ou seja, imbricado e implicado tanto nas relações sociais mais gerais como nas relações particulares e específicas do campo das políticas e serviços sociais e das relações interprofissionais. (...) É na perspectiva relacional que vamos visualizar a questão do objeto profissional, sem perder, portanto, a referência às relações estruturais e superestruturais do poder e às suas manifestações concretas nas relações do dia-a-dia” (FALEIROS, 2002, p. 41/40).

O Serviço Social é uma profissão que trabalha essencialmente nas contradições da sociedade e havendo capacidade para uma leitura da totalidade frente às situações que se apresentam como isoladas, esse profissional poderá buscar alternativas de resistências, mudanças e rupturas no seu fazer cotidiano. As demandas de ordem material na maioria das vezes apresentam, quando bem apreendidas, conseqüências simbólicas e que, portanto, não raras vezes, vão além das questões de classes, contudo esse fator (de classes) ainda não pode ser suprimido das análises tendo em vista o crescente grau de exclusão social.

Atualmente o espaço de trabalho do Serviço Social se dá exatamente no contexto dessa tensa dinâmica da vida social e, nela a profissional deve buscar as possibilidades de “efetivar e ampliar os direitos inerentes à condição de cidadania, (...) de universalização da democracia, irradiada para as múltiplas esferas e dimensões da sociabilidade dos sujeitos sociais” (IAMAMOTO, 1999, p. 144). No âmbito do Serviço Social, fazer da essência da ação política a maneira de transformar as necessidades individuais em demandas coletivas significa revolucionar cotidianamente o fazer assistência social entendida como uma política pública... um direito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, buscando construir algumas considerações finais, acredita-se que descriminalizar e legalizar completamente o aborto é essencial para as mulheres conforme deliberou a I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, compreendendo como um direito reprodutivo e que, na situação atual o aborto é um dos principais causadores da mortalidade e morbidade materna devendo, portanto, ser colocado a disposição das mulheres nos serviços do Sistema Único de Saúde.

Manter o aborto apenas nos casos previstos num código punitivo (o Código Penal) de 1940, é inviável frente a todas as mudanças ocorridas durante esses mais de 60 anos tanto nos espaços femininos como na sociedade em geral. Apenas para citar alguns exemplos dessas mudanças, ressalta-se o fato de a mulher ter conquistado o direito de controlar a sexualidade com o surgimento da pílula (ressalvado o fator exploratório e mercadológico da indústria farmacêutica), alcançado significativamente o mundo do trabalho (mesmo que com remuneração mais baixa), além de constituírem-se maioria nos espaços universitários (concentrando-se, ainda, muito mais nas áreas humanas), sem esquecer que compõem a maior fatia do gráfico populacional e eleitoral do Brasil, conquistando gradativamente muito mais espaços na esfera legislativa e executiva como deputadas, senadoras, vereadoras e prefeitas (mesmo que ainda não representem nem 10% desses cargos eletivos).

Percebe-se com isso que muitos espaços e conquistas foram obtidas, a vida das mulheres melhorou em que pese a gravidade da macro situação sócio-econômica (de miséria social) recaindo com maior incidência sobre as mulheres. No entanto, o grau de autonomia feminina não alcançou, ainda, o fim das discriminações e situações de subordinação que a mulher continua a sofrer. No mundo do trabalho o cotidiano é permeado por assédios morais e sexuais, dezenas são denunciados, mas centenas permanecem silenciados pelo medo, constrangimento e dependência financeira para sobrevivência; a violência física e psicológica domésticas, depreendida pelos homens, faz sentir de forma carnal a continuidade da visão patriarcal do local e posição de submissão reservado

às mulheres; os milhares de estupros que ocorrem todos os dias, nos mais diferentes espaços e situações, permanecem sob o olhar duvidoso da “meia-culpa” da mulher; a grosseira discriminação sobre as mulheres lésbicas ou bissexuais atribuindo a elas disfunções frente à sua orientação sexual; a manutenção das negras e índias em sub-empregos e, em sua maioria, vulneráveis às maiores formas de violência; o comércio do próprio corpo, utilizado como mercadoria para vender marcas e agregar valores à carros, cervejas, roupas, a plástica perfeita e etc... demonstra o quanto ainda a mulher é discriminada, desvalorizada, utilizada para a reprodução dos bens de consumo pouco duráveis, de uma sociedade que continua sendo patriarcal, hétero, branca e capitalista.

Por todas essas questões constata-se que são grandes os desafios para as mulheres. Verifica-se, também, por parte de uma “ordem” abstrata, que não pode ser palpável, mas que existe, uma forma de “incentivo” das lutas específicas dos movimentos feministas, de maneira que divide-se em especificidades: mulheres negras, mulheres lésbicas, mulheres índias, mulheres portadoras de deficiências, mulheres portadoras de doenças crônicas, mulheres empresárias, mulheres agricultoras. Aparentemente cada “setor” busca ampliar sua inserção social, suas conquistas, seus espaços. Mas, num olhar mais atento, chama-se a atenção para o perigo desse movimento dividido em lutas “corporativas”, percebe-se, muitas vezes que no interior do próprio movimento de mulheres existem disputas que pouco contribuem para o fortalecimento e construção de novos parâmetros sócio-culturais que vão além das pontualidades, que constroem significativamente (e não apenas relativamente) a maior autonomia feminina.

A descriminalização e legalização completa do aborto colocará a mulher (de qualquer classe, etnia, orientação sexual) em um novo patamar de autonomia. O direito ao aborto seguro, de qualidade e gratuito, não incentivará nenhuma mulher a não se proteger, da maneira como pode ou como a saúde pública lhe garante acesso, durante a relação heterossexual; nem tampouco incentivará a mulher a engravidar para fazer o aborto. Trata-se de não aceitar mais a realidade de

milhares de abortos feitos clandestinamente, de forma insegura e comercial; significa respeitar a decisão das mulheres, garantindo sua saúde, o exercício do direito de viver e em plenitude.

Encerrado esse momento de estudos, não encerram os debates diante das contradições que se apresentam no campo de intervenção do(a) profissional do Serviço Social, compreendendo que as pessoas que exercem essa profissão estão inseridas num contexto sócio-econômico, político e cultural altamente excludente e individualizada. Ao mesmo tempo que individualizam as relações, também individualizam as necessidades e o acesso aos direitos.

Como pôde se verificar na primeira parte deste trabalho, atualmente temos um Estado mínimo que progressivamente diminui os investimentos nas áreas sociais. O acesso ao direito à saúde (compreendida como direito e não serviço) também tem sofrido com esses cortes. Diversas conquistas da saúde pública brasileira foram alcançadas com a promulgação da Constituição de 1988. No entanto o aborto continuou sendo restrito e previsto apenas no Código Penal de 1940, interferindo decisivamente na autonomia da vida reprodutiva das mulheres, possuindo, portanto, tal interferência um cunho social, econômica e cultural.

O aborto entendido como um direito reprodutivo, quando legalizado completamente, deverá estar amparado no Sistema Único de Saúde possibilitando o acesso e a qualidade a todos os segmentos populacionais. Comprovadamente são as mulheres de poder aquisitivo baixo as que mais sofrem as conseqüências decorrentes de abortos mal feitos (caseiros e péssimas clínicas clandestinas), pois não possuem condições financeiras de arcar com os altos custos do procedimento cirúrgico em clínicas clandestinas, bem equipadas e com bons níveis cépticos para realizarem a interrupção da gravidez indesejada.

Igualmente necessário se faz fornecer a capacitação técnica aos profissionais da área da saúde para atenderem a demanda do aborto. É, pois fundamental, que formem-se equipes especializadas nesses serviços, tanto nos já existentes como quando legalizado completamente, devem

existir trabalhos e programas multiprofissionais tendo em vista a totalidade das questões que estão envolvidas na situação do aborto.

Como vimos nesta pesquisa, depois de “formadas” e inseridas nos seus empregos, inúmeras dificuldades são levantadas pelas Assistentes Sociais para continuarem estudando. Os determinantes elencados para essa realidade relacionam-se às questões de gênero sobrecarregando as mulheres (maioria no Serviço Social) com as duplas e/ou triplas jornadas de trabalho e a responsabilidade na criação dos filhos, além das diversas questões sociais que desestimulam, dificultam e afastam a grande maioria da formação continuada e da constante atualização teórico-prática.

Tudo isso influência e limita sua intervenção frente a solicitação de informações ou pedidos de aborto. Várias entrevistadas não tinham segurança para responder, por exemplo, quais os casos de abortos não punidos pelo Código Penal, demonstrando um grande despreparo em relação a possíveis situações que envolvam casos de abortos.

A ética profissional, muitas vezes confundida com a moral e pouco clara para a maior parte das Assistentes Sociais entrevistadas evidencia a necessidade de rever essa disciplina nos cursos de graduação em Serviço Social, dedicando, minimamente, mais horas aula e, em certos casos, uma nova metodologia de trabalho sobre a conceituação, aplicação e vivência da ética pessoal, institucional e profissional.

Outra questão que foi constatada pela pesquisa é a dificuldade no exercício dos direitos e das garantias constitucionais. Quando questionadas sobre o direito à saúde de todos viu-se que os preceitos do SUS, levando em conta promoção, prevenção e cura, estão distantes da realidade concreta. A partir disso, debate-se a questão dos direitos simbólicos: as leis que existem, não são cumpridas, porém são necessárias para o processo de amadurecimento sócio-cultural e mudanças estruturais mais a longo prazo. Neste sentido, é de suma importância aprovar leis que se relacionem ao direito à saúde, o direito à moradia, o direito à alimentação, o direito à vida, mesmo que na prática

esses direitos estejam limitados ao pleno exercício tendo em vista a gravíssima exclusão social pela qual vive-se a maior parcela populacional do país.

Tendo clareza sobre esse entendimento, verifica-se a importância de envidar esforços no cumprimento da Lei do Planejamento Familiar como forma de prevenção à gravidez indesejada evitando a necessidade do abortamento. Igualmente é fundamental que haja investimento na implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM.

É, atualmente, insuficiente falar no PAISM sem descriminalizar e legalizar completamente o aborto. O movimento feminista defende a existência de um Estado que exerça sua responsabilidade para com o bem estar da população, através de políticas públicas, econômicas e culturais que garantam a equidade de gênero, étnica, sexual e socioeconômica. Por isso, o aborto, deve ser entendido como uma decisão da mulher que deve ser respeitada pela sociedade e garantida pelo Estado.

No que se refere à intervenção da Assistente Social, entende-se que se trata de uma profissional que tem em sua prática um cenário contraditório onde nem sempre os direitos assegurados são cumpridos e, inúmeros direitos individuais, escolhas e liberdades são, continuamente, discriminadas.

Assim compreendendo a ação do Serviço Social, entendemos também que a intervenção da Assistente Social frente a solicitação de um aborto, pode se dar através do diálogo com os valores, as necessidades e a situação da mulher que procura essa profissional buscando uma saída, apresentar para essa usuária as limitações das leis, as dificuldades e ausências de políticas públicas de saúde frente ao aborto, os riscos dos abortos caseiros ou em clínicas clandestinas, buscar alternativas para que a decisão, tomada pela mulher, seja realmente uma escolha livre e, sendo livre esta escolha, a Assistente Social pode intervir amparado pela reflexão ética que exige a criticidade e a perspectiva de totalidade e pelos valores que se apóiam na liberdade e emancipação humana (BARROCO, 2001, p.

198). Levar em conta todos esses elementos significa trabalhar tendo em vista as contradições do processo social na sua totalidade, considerando a realidade concreta.

Finalmente, esse estudo muito mais do que dar conta da intervenção da Assistente Social frente à solicitação do aborto, tornou-se um ponto de partida para novas inquietações no que se refere à contraditória realidade de trabalho do profissional do Serviço Social em mais esse espaço de intervenção. Atuar na garantia dos direitos sociais alcançados e participar politicamente da sociedade com vistas a conquistar novos direitos é o que se almeja, com a contribuição deste trabalho, para todas e todos assistentes sociais. Por fim, “De tudo ficaram três coisas:

a certeza de que estamos sempre começando...

a certeza de que é preciso continuar...

a certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...

Portanto devemos

Fazer da interrupção um caminho novo...

da queda um passo de dança...

do medo, uma escada...

do sonho, uma ponte...”

De tudo, ficaram três coisas
por Fernando Sabino

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Marina Maciel. A Dimensão Pedagógica do Serviço Social: bases histórico-conceituais e expressões particulares na sociedade brasileira. In: **Serviço Social e Sociedade**, ano XXV, nº 79, São Paulo: Cortez, 2004.

ALVES, Branca Moreira; PITANGUY, Jackeline. **O que é feminismo**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

ARILHA, Margareth. Desejo da maternidade, tecnologias conceptivas e o Estado: rápidas considerações. In: SCAVONE, Lucila. **Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência**. São Paulo: Editora da UNESP, 1996.

BARROCO, Maria Lucia Silva. **Ética e Serviço Social – Fundamentos ontológicos**. São Paulo: Cortez, 2001.

BARROSO, Luís Roberto. **A Discussão da Anencefalia no Supremo Tribunal Federal – Antecedentes, Estratégia Jurídica e Expectativas**. Disponível em <http://noblat.bligig.com.br/materia4.html> (acesso em 22/07/2004).

BOBBIO, Norberto. **O Conceito de Sociedade Civil**. Trad. COUTINHO, Carlos Nelson. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1994.

BOFF, Leonardo. **Ética e Moral – a busca dos fundamentos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 1987.

_____. **Norma Operacional Básica 01/91**. NOB/SUS 01/91. Brasília, 1991.

_____. **Norma Operacional Básica 01/92**. NOB/SUS 01/92. Brasília, 1992.

_____. **Norma Operacional Básica 01/93**. NOB/SUS 01/93. Brasília, 1993.

_____. **Norma Operacional Básica 01/96**. NOB/SUS 01/96. Brasília, 1996.

CARNEIRO, Fernanda. O Eros escondido: aspectos éticos da contracepção. In: SCAVONE, Lucila. **Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência**. São Paulo: Editora da UNESP, 1996.

CASTRO, Mary Garcia. Alquimia de categorias sociais na produção dos sujeitos políticos. In: **Estudos Feministas**. Nº 0, Rio de Janeiro: CIEC/ECO/UFRJ, 1992.

CECHIM, Petronila Libana. Saúde: um bem inalienável da cidadã e um direito enquanto necessidade social. In: STREY, Marlene Neves; MATTOS, Flora; FENSTERSEIFER, Gilda; e WERBA, Graziela. **Construções e perspectivas em gênero**. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 2000.

CEFSS (Conselho Federal de Serviço Social). **Código de Ética Profissional do Assistente Social**, 1993.

COELHO, Clair Castilhos. Mortalidade Materna: comove, mas não mobiliza. In: **Jornal da Rede Saúde**, nº 24, São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, dezembro/2001.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 4ª edição. São Paulo: Cortez, CEDEC, 2001.

COLÓN, Alice; D´AVILA, Ana Luisa; FERNÓS, Maria Dolores; VICENTE, Esther. Tentativas de Deslegitimação do Direito ao Aborto em Porto Rico. Trad. Edith Piza. In: COSTA, Albertina de Oliveira (org.). **Direitos Tardios – Saúde, Sexualidade e Reprodução na América Latina**. São Paulo: Prodir/FCC, 1997.

COLOGNESE, Silvio Antonio; MÉLO, José Luiz Bica de. A Técnica de entrevista na pesquisa social. In: Cadernos de Sociologia do Programa de Pós-Graduação em Sociologia. **Pesquisa Social Empírica: métodos e técnicas**. Vol. 9, Porto Alegre: PPGS/UFRGS/ISSN, 1998.

Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB. **Encarte – Nota da CNBB acerca da decisão sobre o aborto de feto anencéfalo – nº 735**. Brasília, 01 de Julho de 2004. Disponível em: <http://www.cnbb.org.br> (acesso em: 22/07/2004).

CORRAL, Thaís. Controle de População no Brasil: o fracasso de um “sucesso”. In: SCAVONE, Lucila. **Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência**. São Paulo: Editora da UNESP, 1996.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. In: **Serviço Social e Sociedade**, ano XXI, nº 62, São Paulo: Cortez, 2000.

COSTA, Sarah Hawker. Aborto Provocado: a dimensão do problema e a transformação da prática. In: GIFFIN, Karen & COSTA, Sarah Hawker. **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DEMO, Pedro. **Metodologia do Conhecimento Científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2002.

FREIRE, Lúcia Maria de Barros. A relação saúde-trabalho no contexto das relações sociopolíticas no trabalho e o Serviço Social. In: **Serviço Social e Sociedade**, ano XVI, nº 49, São Paulo: Cortez, 1995.

GENTILLI, Raquel de Matos Lopes. A prática como definidora da identidade profissional do Serviço Social. In: **Serviço Social e Sociedade**, ano XVIII, nº 53, São Paulo: Cortez, 1997.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999.

HURST, Jane. **Uma História não Contada – a história das idéias sobre o aborto na Igreja Católica**. Cadernos nº 1. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2000.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 8ª edição. São Paulo: Cortez, 1991.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1999.

INÁCIO, Miriam de Oliveira. A centralidade ético-política do Serviço Social: reflexões a partir da problemática da violência de gênero. In: **Revista Presença Ética**, GEPE – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Ética - PGRSS – UFPE. Ética Política e Emancipação Humana. Ano II, nº 2, Vol. 2. Recife: Unipress, 2002.

JUCÁ, Denise C. M. Assistidos e Assistentes: o feitiço da identidade atribuída. In: **Serviço Social e Sociedade**, ano XVIII, nº 54, São Paulo: Cortez, 1997

KYRIAKOS, Norma; FIORINI, Eliana. A dimensão legal do aborto no Brasil. In: PEREIRA, Irotilde G. (org.). **Aborto Legal – implicações éticas e religiosas**. São Paulo: Publicações CDD, 2002.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

LAUDANO, Claudia. Direitos Reprodutivos e Aborto na Mídia Argentina nos anos 90. In: OLIVEIRA, Maria Coleta & ROCHA, Maria Isabel Baltar (orgs). **Saúde Reprodutiva na Esfera Pública e Política**. Campinas, SP: Editora da Unicamp/Nepo, 2001.

LISBOA, Teresa Kleba. **Gênero, Classe e Etnia: trajetórias de vida de mulheres migrantes**. Florianópolis: Ed. da UFSC, Chapecó: Ed. Argos, 2003.

LOLATTO, Simone. **Saúde Reprodutiva da Mulher – as políticas públicas de saúde influenciando a vida das mulheres**. Florianópolis, 2003. Monografia – especialização em Políticas Públicas, Universidade Estadual de Santa Catarina – UDESC.

MARTINS, Alcina de Castro. As mulheres e as suas organizações na emergência e institucionalização do Serviço Social português. In: MARTINS, A. C. & HENRÍQUEZ, B.A. (orgs.) **Serviço Social no Feminino**. Lisboa, Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social. 1995: 15 – 26.

MATOS, Maurílio Castro de. O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. In: **Serviço Social e Sociedade**, ano XXIV, nº 74, São Paulo: Cortez, 2003.

MELO, Jacira. A cobertura da imprensa com relação ao tema do aborto. Anotações. In: PEREIRA, Irotilde G. (org.). **Aborto Legal – implicações éticas e religiosas**. São Paulo: Publicações CDD, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.); DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otavio Cruz; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MORAES, Maria Lygia Quartim. O aborto do ponto de vista da criança: o direito de ser amada. In: SCAVONE, Lucila. **Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência**. São Paulo: Editora da UNESP, 1996.

NAHRA, Cínara. Moral e Moralismo. In: **Revista Presença Ética**, GEPE – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Ética - PGRSS – UFPE. Ética Política e Emancipação Humana. Ano II, nº 2, Vol. 2. Recife: Unipress, 2002.

NANCI, Luciana. Gestantes de feto sem cérebro não podem mais abortar. In: **Revista Consultor Jurídico**. Boletim eletrônico divulgado em 20 de outubro de 2004.

NOGUEIRA, Cláudia Mazzei. Resenha. In: **Serviço Social e Sociedade**, ano XXIII, nº 69, São Paulo: Cortez, 2002.

NUNES, Edison; JACOBI, Pedro; KARSCH, Ursula S.; COHN, Amélia. **A saúde como direito e serviço**. 3ª edição. São Paulo: Cortez, 2002.

OLIVEIRA, Fátima. Expectativas, falências e poderes da medicina da procriação: gênero, racismo e bioética. In: SCAVONE, Lucila. **Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência**. São Paulo: Editora da UNESP, 1996.

OLIVEIRA, Suely de (coord.). **Aborto, você já conversou sobre isso?** Campanha Contra a Morbi/mortalidade materna. Recife: Publicação do Grupo Curumim, 1995.

Organização das Nações Unidas – ONU. **Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Cairo, 1994. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. **IV Conferência Mundial sobre a Mulher**. Beijing, China – 1995. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

PEREIRA, I. G. Apresentação do Programa de Aborto Legal nos Hospitais Públicos. In: PEREIRA, Irotilde G. (org.). **Aborto Legal – implicações éticas e religiosas**. São Paulo: Publicações CDD, 2002.

PEREIRA, Luiza Helena. Análise de Conteúdo: um *approach* do social. In: Cadernos de Sociologia do Programa de Pós-Graduação em Sociologia. **Pesquisa Social Empírica: métodos e técnicas**. Vol. 9, Porto Alegre: PPGS/UFRGS/ISSN, 1998.

PIOVESAN, Flávia; PIROTTA, Wilson R. Buquetti. Direitos Reprodutivos e o Poder Judiciário no Brasil. In: OLIVEIRA, Maria Coleta & ROCHA, Maria Isabel Baltar (orgs). **Saúde Reprodutiva na Esfera Pública e Política**. Campinas, SP: Editora da Unicamp/Nepo, 2001.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e Serviço Social: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo serviço social**. São Paulo: Cortez, 2002.

PRADO, Danda. Tecnologias reprodutivas: implicações na saúde da mulher. In: SCAVONE, Lucila. **Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência**. São Paulo: Editora da UNESP, 1996.

QADEER, Imrana. Saúde Reprodutiva: uma perspectiva de saúde pública. In: FARIA, Naul; SILVEIRA, Maria Lucia (orgs.) **Mulheres, Corpo e Saúde**. São Paulo: SOF, 2000.

RODRIGUES NETO, Eleotério. **A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde**. Textos Técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

ROSADO-NUNES, Maria José; JURKEWICZ, Regina Soares. Aborto: um tema em discussão na Igreja Católica – o surgimento de “Católicas pelo Direito de Decidir”. In: PEREIRA, Irotilde G. (org.). **Aborto Legal – implicações éticas e religiosas**. São Paulo: Publicações CDD, 2002.

SANT'ANA, Raquel Santos. O desafio da implantação do projeto ético-político do Serviço Social. In: **Serviço Social e Sociedade**, ano XXI, nº 62, São Paulo: Cortez, 2000.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência – Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática**. Volume 01. 3ª edição. São Paulo: Cortez, 2001.

SILVA, Rebeca de Souza e. Aborto na América Latina. In: SCAVONE, Lucila. **Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência**. São Paulo: Editora da UNESP, 1996.

SILVA, Tomaz Tadeu da. A produção Social da Identidade e da Diferença. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (org.) **Identidade e Diferença – a perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

SIMIONATTO, Ivete. **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1995.

_____ e NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Mercosul e reforma do Estado: impactos sobre o direito à saúde. In: **Revista Katálisis**, Departamento de Serviço Social – UFSC – nº 3. Florianópolis: Editora da UFSC, 1997.

SOUZA, Aione Maria da Costa. A ética e o trabalho cotidiano do assistente social. In: **Revista Presença Ética**, GEPE – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Ética - PGRSS – UFPE. Ética Política e Emancipação Humana. Ano II, nº 2, Vol. 2. Recife: Unipress, 2002.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social – cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

VAZQUEZ, Adolfo Sánchez. **Ética**. Trad. de João Dell'Anna. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1992.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Epidemiologia do aborto. In: SCAVONE, Lucila. **Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência**. São Paulo: Editora da UNESP, 1996.

YAZBEK, Maria Carmelita. Assistência Social brasileira: limites e possibilidades na transição do milênio. In: **Política de Assistência Social: uma trajetória de avanços e desafios – subsídios à III Conferencia Nacional de Assistência Social**. Cadernos ABONG, nº 30 - . São Paulo: ABONG, 2001.

WESTPHAL, Márcia Faria; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. **Gestão de Serviços de Saúde: descentralização, municipalização do SUS**. São Paulo: Editora da USP, 2001.

WOODWARD, Kathryn. Identidade e Diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (org.) **Identidade e Diferença – a perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

APÊNDICE 1



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

Florianópolis – SC, 04 de setembro de 2003.

Ao

Conselho Regional de Serviço Social da 12ª Região – CRESS/SC

A/C.: Sra. Valéria Cabral Carvalho

Presidente

Florianópolis – SC

Sou estudante do curso de Mestrado em Serviço Social da UFSC e desenvolvi um projeto de pesquisa que tem como título “O Assistente Social frente a problemática do aborto – um Direito Reprodutivo”.

Trabalhar a questão o aborto é sempre desafiante, pois se constitui um tema bastante estudado, no entanto, os debates são muito atuais e, jamais chegou ao consenso. Ou como afirma Moraes (1996, p. 152), trata-se de “um direito cuja reivindicação nunca deixará de ser contestada”. E, onde se inserem os serviços de um profissional do Serviço Social na problemática do aborto? Existe algum papel para a (o) Assistente Social? Onde ele está? Assim, nosso questionamento refere-se ao papel desempenhado pelo Assistente Social nas questões pertinentes ao aborto; e, onde ele está? Localizamos esse profissional nos serviços de saúde, principalmente hospitais e maternidades públicas, eventualmente, em clínicas médicas particulares. E, serão esses os locais onde estaremos procurando os Assistentes Sociais para sabermos de suas concepções, seus valores, seus posicionamentos e encaminhamentos no momento em que uma cidadã chega solicitando o aborto. Que tipo de orientação presta para essa usuária? Que encaminhamento lhe fornece? Ele próprio possui todas as informações necessárias? E quais são suas alternativas, o que apresentar para a mulher que “precisa” abortar? Como e para onde vai a usuária depois de questionar o Assistente Social e pedir sua “ajuda”? Nossa pesquisa estará

entrando nessa seara: “O aborto como um direito reprodutivo e o Assistente Social como um agente garantidor de direitos”.

Na medida em que vamos conhecendo a realidade da sociedade bem como das problemáticas que envolvem o fazer do Assistente Social, somos instigados a nos aprofundar a fim de buscar alternativas viáveis para a construção de novas perspectivas tanto para essa sociedade como para a prática profissional do Serviço Social em sua complexidade atual.

Assim, sob a orientação da Profa. Teresa Kleba Lisboa, estaremos desenvolvendo essa pesquisa junto aos Assistentes Sociais que trabalham em instituições (públicas e privadas) de saúde da Grande Florianópolis. Para tanto necessitamos da relação dessas (es) profissionais.

Vimos, portanto, solicitar ao **CRES/SC a relação de todas as instituições de saúde da Grande Florianópolis, que tenham o profissional do Serviço Social, contendo: - nome da instituição de saúde; - nome da(o) Assistente Social; - telefone da instituição.**

Sendo o que tínhamos para o momento, antecipadamente agradecemos e ficamos no aguardo de um retorno com a maior brevidade possível (fone: 48.224.0232 / 9112.3793 / 244.7870 ou e-mail: lolatto@yahoo.com.br - com Simone).

Atenciosamente,

Simone Lolatto
Mestranda em Serviço Social

Profa. Teresa Kleba Lisboa
Orientadora

APÊNDICE 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Este roteiro de entrevista constitui-se num instrumento de pesquisa para a produção da dissertação do Mestrado em Serviço Social – UFSC.

São sujeitos desta pesquisa Assistentes Sociais que trabalham em Hospitais, Clínicas e Centros de Saúde – públicos – localizados na Grande Florianópolis. A característica fundamental é o(a) profissional já ter ‘atendido’ uma usuária que necessitava fazer o aborto e recorreu ao Assistente Social em busca de uma alternativa.

Instituição:..... Data:...../...../.....

Nome.....

(é assegurado o sigilo absoluto, garantindo que não será citado em momento algum o nome do(a) profissional na dissertação)

1. Durante o tempo em que você está trabalhando nesta Instituição, houve alguma usuária procurando informações e/ou formas de auxílio para fazer um aborto?

() Sim () Não

2. Quantos casos foram?

() 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 ou mais

3. Quais os principais motivos que as usuárias apresentam para fazer o aborto?

.....

4. Quais os procedimentos que cabem ao Setor de Serviço Social desta Instituição em relação a uma solicitação do aborto? (em relação à encaminhamentos e alternativas)

.....

5. No cotidiano de sua intervenção profissional, você já se deparou com situações difíceis relacionadas com a questão do aborto?

.....

6. Na sua opinião, quais as principais dificuldades que uma profissional do Serviço Social enfrenta diante da questão do aborto?

.....

7. Para você, o que são os direitos reprodutivos e sexuais?

.....

8. Você sabe em que casos ou quando o aborto é permitido pela legislação atual?

.....

.....

9. Como o Assistente Social pode garantir direitos para os usuários?

.....

.....

.....

10. Você acha que a questão do aborto tem relação com a ética profissional?

() Sim () Não

Porquê?.....

.....

.....

11. Em que consistem as suas intervenções, quais os procedimentos que você faz, frente a solicitação do aborto?

.....

.....

.....

.....

12. Quais as características mais frequentes das pessoas que fizeram a solicitação do aborto? (sócio-econômicas)

.....

.....

.....

13. O que você pensa sobre a questão do aborto ser legalizado?

.....

.....

.....

14. O que é ter saúde para você?.....

.....

.....

15. Quem deve garantir sua saúde da população em geral?.....

.....

16. A saúde é um direito de todos, o que você acha disso?

.....

.....

.....

17. Você acredita que o atendimento da Instituição satisfaz o(a) usuário(a)?

Sim () Não ()

Comente um pouco sobre isso:.....

.....

18. Idade:

20 |—— 25 ()

40 |—— 45 ()

25 |—— 30 ()

45 |—— 50 ()

30 |—— 35 ()

50 |—— 55 ()

35 |—— 40 ()

55 |—— 60 ()

60 |—— ou mais ()

19. Estado Civil:

Casada ()

Solteira ()

Separada ()

Viúva ()

Outros ().....

20. Crença Religiosa:

Católica ()

Espírita ()

Luterana/Protestante ()

Evangélica ()

Ateu ()

Outra ().....

21. Tempo de serviço como Assistente Social nesta Instituição

01 |—— 05 ()

05 |—— 10 ()

10 |—— 15 ()

15 |—— 20 ()

20 |—— 25 ()

25 |—— 30 ()

30 |—— ou mais ()

22. Tempo de prática / serviço como Assistente Social

01 |—— 05 ()

10 |—— 15 ()

05 |—— 10 ()

15 |—— 20 ()

20 |—— 25 ()

25 |—— 30 ()

30 |—— ou mais ()

23. Tempo que é formada:

01 |—— 05 ()

05 |—— 10 ()

10 |—— 15 ()

15 |—— 20 ()

20 |—— 25 ()

25 |—— 30 ()

30 |—— ou mais ()

24. Você quer fazer mais algum comentário para finalizar a entrevista?

() Sim () Não

Qual?

MINHA HEROÍNA*por Ana Cássia*

Minha heroína não tem nome, nem rosto, nem idade...
 Levanta todos os dias antes de nascer o sol e só volta pra casa ao anoitecer.
 Cria seus filhos sem homem, mas ama.
 Não é Amélia, porque tem suas vaidades...
 Gosta de alfazema, das curvas do corpo e do viço da pele.
 Vive um dia de cada vez; não tem muito tempo pra viver, mas vive.
 E é feliz porque pode trabalhar e sustentar os seus, ainda que modestamente.
 É decente, é guerreira... Chora, mas não lamenta, cai e levanta... e canta.
 Canta e dança à vida, mesmo com tão pouco pra se encantar.
 E sorri... isso com muito gosto.
 Não veste seda nem jeans. Na verdade nem sabe o tecido das roupas que usa.
 Mas é cheirosa... Não é camélia, nem rosa, nem acácia ou fúcsia... é raça.
 Minha heroína é uma e todas que aprecio neste mundo.
 E que pra não deixar de ter idade, que escolham a que desejarem.
 E que pra ter um rosto, que seja sereno e belo.
 E que pra não deixar de ter nome, escolho Maria, porque ela tem "a
 estranha mania de
 ter fé na vida..." E que todos saibam:
 Maria, seu nome é Mulher!